3

TRAITEMENT

DES TUMEURS HYDATIQUES DU FOIE

PAR LES PONCTIONS CAPILLAIRES

ET PAR LES PONCTIONS SUIVIES D'INJECTIONS IODÉES,

PAR

A. A. BOINET,

Docteur en médecine, lauréat de l'Institut de France, de la Faculté de Médecine, de la Société de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie de Toulouse ; ex-chirurgien interne et lauréat des hôpitaux de Paris ; membre titulaire de la Société de Chirurgie, etc.

(Extrait de la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*)

TRAITEMENT

DES TUMEURS HYDATIQUES DU FOIE

PAR LES PONCTIONS CAPILLAIRES

ET PAR LES PONCTIONS SUIVIES D'INJECTIONS IODÉES.

Un savant professeur de la Faculté de Médecine de Paris, Lassus, a dit d'une manière très-formelle et a posé en principe qu'il ne fallait jamais ouvrir les tumeurs enkystées du foie ; il taxait même d'impéritie tout homme qui tenterait ce moyen de guérison (1). M. le professeur Cruveilhier, de son côté, professe que la ponction à l'aide du bistouri et l'issue funeste de cette opération, lors même que des adhérences salutaires préviennent tout épanchement dans l'abdomen, sont bien propres à éloigner l'idée de toute manœuvre chirurgicale (2). Plus tard, en 1836, MM. Ferrus et P. Bérard écrivaient (3) qu'il vaut mieux, ainsi qu'on l'a sagement exprimé, respecter ces tumeurs que de tenter de les ouvrir. A peu près vers la même année, les auteurs du *Compendium de Médecine*, MM. de la Berge et Monneret, formulaient dans leur ouvrage, qui est un exposé exact et fidèle des opinions des praticiens de leur époque, que les moyens de traitement des kystes du foie sont très-limités, que le seul traitement conseillé était celui de Récamier, mais que l'expérience n'avait pas encore prononcé sur la valeur de ce traitement chirurgical, qui d'ailleurs ne devait être employé qu'avec beaucoup de circonspection.

Ce traitement de Récamier consiste dans une ponction capillaire exploratrice. Le but de Récamier était de s'assurer d'abord de l'existence du kyste ; puis, celui-ci étant reconnu, il plaçait, quelques jours après, une traînée de potasse caustique sur le point le plus saillant de la tumeur, dans l'espoir d'amener des adhérences entre les parois de la cavité abdominale et le kyste. Une fois qu'il supposait ces adhérences établies, il faisait une seconde application assez profonde pour pénétrer jusqu'au sac ; il le vidait de son contenu, et favorisait la sortie des hydatides par des injections émollientes. Pour empêcher l'entrée de l'air, qui est si funeste dans les cas de rupture spontanée, il avait soin de maintenir la cavité du kyste remplie, autant que possible, d'un liquide d'abord émollient, et plus tard d'un liquide légèrement irritant et antiseptique ; de plus, pour prévenir l'introduction de l'air, il bouchait avec un tampon l'ouverture qu'il avait faite à l'aide de la potasse caustique.

Cette méthode de Récamier avait de nombreux inconvénients ; aussi fut-elle considérée comme une témérité chirurgicale qu'on indiquait lorsqu'on parlait des hydropisies enkystées du foie, mais qu'on ne conseillait pas. Cependant cet éminent et hardi praticien avait obtenu plusieurs succès qui n'eurent aucune influence sur la pratique des autres médecins, et les kystes hydatiques du foie étaient abandonnés à eux-mêmes et considérés comme une maladie au-dessus des ressources de l'art. Les objections

(1) *Recherches et observations sur l'Hydropisie enkystée du foie* (*Journal de Médecine* de Corvisart et Leroux, t. I, p. 115 et suiv.)

(2) *Dict. de Méd. et de Chir. prat.*, t. I (art. ACÉPHALOKYSTE), 1829.

(3) *Dict. de Médecine* en trente volumes, t. XII, p. 250 (art. FOIE).

qu'on adressait et qu'on adresse encore à cette méthode sont nombreuses, et malheureusement très-fondées.

D'abord la ponction exploratrice a inspiré beaucoup de craintes que quelques faits malheureux ont semblé motiver; mais, si des accidents ont eu lieu à la suite d'une simple ponction capillaire, c'est que probablement toutes les précautions n'ont pas été prises pour éviter un épanchement péritonéal, qui n'est guère possible par une ouverture aussi étroite que celle d'un trocart capillaire ; et si cette méthode présente des inconvénients, c'est surtout dans l'emploi de la potasse caustique; car, outre que celle-ci agit lentement, elle ne remplit pas toujours le but qu'on se propose, l'établissement des adhérences entre les parois abdominales et la tumeur. D'un autre côté, il n'est pas toujours facile de limiter l'action de la potasse caustique, ni de connaître l'étendue des adhérences, ni par conséquent d'éviter l'épanchement dans le péritoine, lorsque l'on fend l'escarre formée par le caustique.

Pour obvier à ces inconvénients et pour éviter l'emploi du caustique, M. Bégin a proposé une incision sur le point le plus saillant de la tumeur, en divisant les parties, couche par couche, jusqu'au péritoine, ou, autrement dit, jusqu'à la tumeur, comme dans l'opération de la hernie; arrivé au péritoine, le chirurgien le soulève avec des pinces à disséquer et y fait une ouverture en dédolant. Si l'épiploon ou l'intestin se présente, il faut doucement le repousser à l'aide de la sonde cannelée. On achève l'incision du péritoine, et la tumeur se présente au fond de la plaie; on attend ensuite, pour y plonger le bistouri, que l'inflammation forme des adhérences qui uniront le kyste avec les bords de la plaie.

Avec ce procédé on s'expose précisément à l'inconvénient qu'on cherche à éviter, à la lésion du péritoine, et par suite à la pénétration de l'air dans sa cavité, ce qui pourrait donner lieu à une péritonite générale. Ce procédé est donc moins avantageux que celui de Récamier. Cherchant à se mettre en garde contre tous ces inconvénients et tous ces dangers, M. Cruveilhier a conseillé d'aller porter la mort aux acéphalokystes au moyen d'une aiguille à acupuncture qu'on promènerait dans tous les sens dans l'intérieur du kyste; puis ensuite M. Jobert a proposé de faire des ponctions successives avec un petit trocart, à quelque temps d'intervalle, et de laisser la canule en place pendant vingt-quatre heures, pour provoquer, par l'inflammation des parois du kyste, des adhérences entre lui et les parois abdominales, et empêcher ainsi tout épanchement dans le péritoine. Mais cette méthode, qui pourrait convenir pour certains kystes séreux, ne pourrait pas être applicable à tous les kystes ; car il est impossible avec un petit trocart de provoquer l'écoulement du liquide ou des hydatides contenues dans le kyste. D'ailleurs ces ponctions successives peuvent provoquer une inflammation trop vive et dangereuse, et exposer à des épanchements dans le péritoine. D'autres chirurgiens ont songé à employer un trocart particulier, très-gros, et construit de telle façon qu'on pût, à l'aide de petites érignes ou de petits crochets-érignes, accrocher de dedans en dehors les parois du kyste et les fixer à la paroi abdominale, avec laquelle elles contracteraient des adhérences. De cette façon on pourrait se mettre à l'abri de tout épanchement dans la cavité péritonéale.

Tous ces procédés ont été jugés dangereux ou ne remplissant pas le but qu'on se propose; aussi ont-ils été abandonnés. Quoique la connaissance des kystes hydatiques du foie remonte à la plus haute antiquité, puisque, si l'on s'en rapporte à Morgagni et à d'autres anatomistes, Arétée aurait parlé de ces affections, qui, suivant William Kerz et Rudolphi, n'auraient pas été ignorées d'Hippocrate, leur thérapeutique n'en était guère plus avancée. En effet, si l'on consulte les savants qui ont contribué par leurs recherches à éclairer l'histoire des acéphalokystes, Hartmann en Allemagne (1686), Tyson en Angleterre, Malpighi et plusieurs autres, Pallas (1767), puis après lui Linné, Werner, Bloock, Treutler, Zeder, Rudolphi, Brera, Mougeot, Lucderzen, Laënnec (1), H. Cloquet, M. Cruveilhier, on reconnaît bien vite que tous ces auteurs ont décrit et étudié les acéphalokystes d'une manière toute particulière; mais on remarque en même temps que les travaux de ces savants sont plutôt du domaine de l'histoire naturelle et de l'anatomie pathologique que de celui de la pratique médicale, et que leurs recherches ont plus d'intérêt pour le naturaliste que pour le médecin praticien.

Ceux des médecins de nos jours qui ont fait quelques travaux sur les acéphalokystes ont, à

(1) *Mémoire sur les Vers vésiculaires* (*Bulletin de la Faculté de Médecine de Paris*, 1804-1805).

quelque chose près, suivi la même voie que leurs devanciers, et si l'on consulte le *Compendium de Médecine pratique* de MM. Monneret et Fleury, la thèse de M. Barrier, un travail de M. Bricheteau, les recherches de MM. Livoir, Mayor, Lebert, Robin, Cadet-Gassicourt, on voit que tous ces travaux, quoique de date toute récente, traitent plutôt de l'étude anatomique et microscopique des hydatides, des accidents consécutifs qu'elles peuvent faire naître, de leur terminaison, que de leur traitement. Tous ces médecins sont d'accord pour dire que tous les moyens de traitement sont à peu près nuls, et que par conséquent l'art est impuissant à guérir ces graves affections, et, plutôt que de chercher à diminuer les difficultés très-grandes du traitement et son incertitude non moins grande, tous sont d'avis d'abandonner ces affections à elles-mêmes, n'ayant d'autre espoir que sur les chances très-douteuses, soit de la résorption, soit d'une rupture à l'extérieur ou dans l'intestin.

On comprend dès lors que la gravité de ces maladies et les insuccès que les chirurgiens avaient observés dans leur traitement aient été bien propres à éloigner de toute manœuvre chirurgicale, et aient fait regarder l'ouverture des tumeurs hydatiques comme presque toujours suivie de la mort.

Quoi qu'il en fût, et malgré cette opinion généralement admise qu'il ne fallait rien tenter pour la guérison des tumeurs du foie, convaincu comme tout le monde que la thérapeutique des kystes du foie, soit séreux, soit hydatiques, soit purulents, offrait de grandes difficultés et surtout une grande incertitude, j'ai fait de nouvelles tentatives pour arriver à la guérison radicale des tumeurs hydatiques et des abcès du foie, et j'ai pensé que les injections iodées, appliquées avec tant de succès dans d'autres affections, pourraient dans ces cas fournir encore de bons résultats. Des succès assez nombreux déjà sont venus prouver la bonté de cette nouvelle méthode, et établir qu'il serait désormais imprudent d'attendre que le kyste s'ouvrît de lui-même.

Les procédés que j'ai proposés varient suivant que le kyste renferme un liquide clair comme de l'eau de roche ou bien un liquide coloré, purulent.

Dans le premier cas, je m'en tiens aux ponctions capillaires, qui, dans la majorité des cas, sont suffisantes pour procurer la guérison ; dans le second cas, je fais usage d'un gros trocart, de la sonde à demeure et des injections iodées répétées.

Cette méthode est déduite des circonstances suivantes.

Dans le plus grand nombre des cas, lorsque les tumeurs sont saillantes au dehors et dans les conditions qui indiquent l'opération, il existe souvent des adhérences entre le kyste et les parois abdominales ; il en est ainsi lorsque la peau qui recouvre le point le plus culminant de la tumeur est mate et le siége d'un empâtement dans une étendue assez considérable, lorsque la tumeur elle-même est très-saillante et que les parties qui séparent le doigt du liquide contenu dans le kyste sont très-minces. De plus, si l'on fait coucher le malade sur le côté opposé, la tumeur ne s'éloigne pas du point où elle est le plus saillante et où elle semble adhérer, et, si la fluctuation y reste aussi sensible, il n'est pas douteux que des adhérences existent entre le kyste et la paroi de l'abdomen ; alors on peut faire usage aussi bien du bistouri que du trocart. En effet, si ces circonstances se rencontraient dans tous les cas, l'incertitude et le danger de l'opération seraient moins grands ; mais leur absence ne contre-indique pas les procédés que j'ai proposés. Ce sont ceux que je recommande pour les kystes de l'ovaire, qui très-rarement sont adhérents aux parois abdominales, et avec lesquels je n'ai jamais observé d'épanchement dans le péritoine ; et cependant les kystes ovariques sont bien plus exposés à un retrait sur eux-mêmes que les kystes du foie, qui siégent dans un organe qui, par sa position anatomique, n'est pas susceptible de déplacement.

Voici la manière de procéder. Elle consiste :

1° Le malade étant couché sur le dos, à ponctionner d'abord la tumeur du foie, avec un trocart capillaire, dans le point le plus saillant et où la fluctuation est très-évidente ;

2° A laisser s'écouler naturellement et sans pression aucune tout le liquide, s'il est transparent, puis à retirer la canule du trocart et à abandonner ensuite le malade à lui-même. Assez souvent, la seule soustraction de ce liquide a amené la guérison radicale. Mais, pour retirer la canule du trocart du kyste, il est certaines précautions importantes auxquelles il faut apporter une grande attention, si l'on veut empêcher la moindre partie du liquide renfermé dans le kyste de couler ou de s'échapper dans le péritoine, ce qui ne manquerait pas d'être la

cause presque certaine d'accidents mortels. Ces précautions sont les suivantes. Lorsqu'on retire la canule du kyste et de la paroi abdominale, il faut, avec le plus grand soin, appliquer les doigts de la main gauche sur le point où le trocart a été enfoncé, afin de refouler la paroi abdominale vers le kyste et de la tenir tellement rapprochée de la tumeur qu'il n'existe, au moment où la canule abandonne le kyste, aucun intervalle entre celui-ci et la paroi abdominale ; autrement la canule, sortie du kyste, pourrait laisser échapper dans le ventre quelques gouttes de liquide, ou bien ce liquide pourrait suinter du kyste par la piqûre du trocart. Ces précautions bien prises, on retire la canule du trocart, et, cette canule retirée, on continue encore pendant une minute ou deux la pression, afin que la petite piqûre faite au kyste par le trocart puisse se resserrer complétement et s'opposer au moindre écoulement dans le péritoine ; puis on établit une légère compression sur le kyste à l'aide de compresses graduées et d'un bandage de corps. Il faut encore recommander au malade de rester couché sur le dos pendant trente-six ou quarante-huit heures; cette position du malade est une garantie de plus pour empêcher la sortie du liquide du kyste, dans le cas où la piqûre faite au kyste par le trocart resterait perméable. Passé ce temps, le malade peut prendre toutes les positions qui lui conviennent le mieux. Si toutes ces précautions sont nécessaires lorsqu'on a fait usage d'un trocart capillaire, elles le deviennent surtout lorsqu'on se sert d'un trocart d'un gros volume et qu'on a été obligé de recourir à l'injection iodée.

Si le liquide, au lieu d'être clair, limpide, ce que la ponction indique immédiatement, est coloré, purulent, il faut alors recourir à l'autre procédé, c'est-à dire faire usage d'un gros trocart, de la sonde à demeure et des injections iodées. Quand le liquide contenu dans le kyste est louche, coloré, il y a certitude que des phénomènes d'inflammation se sont produits dans la cavité du kyste, que les hydatides sont mortes, et qu'alors les ponctions capillaires seront tout à fait inutiles ; la guérison, dans ces cas, n'est possible que par l'évacuation des matières renfermées dans le kyste et par les injections iodées.

On peut, dans ces cas, procéder différemment : ou bien laisser sortir par la canule du trocart capillaire tout le liquide qui peut s'écouler, retirer la canule du trocart, et attendre, pour tenter la cure définitive, que le liquide se soit reproduit, ce qui a lieu au bout d'un ou deux mois; alors on se sert d'emblée d'un gros trocart, prévenu qu'on est du contenu du kyste; ou bien, dès qu'on a reconnu, à l'aide du trocart capillaire, que le liquide est de mauvaise nature, on retire immédiatement la canule du trocart capillaire, toujours avec les précautions indiquées plus haut, et on ponctionne le kyste avec un gros trocart, celui que j'emploie pour la ponction des hydropisies enkystées des ovaires.

Dans ce cas, la ponction doit être également faite dans le point où la fluctuation est très-évidente. Lorsque l'instrument a pénétré dans le kyste, on retire le poinçon et on introduit dans la canule laissée en place une sonde en gomme élastique. Cette sonde doit remplir la canule aussi exactement que le poinçon ou trocart, pour qu'aucun écoulement ne puisse se faire, du kyste dans le péritoine, entre la sonde et la piqûre faite au kyste par le trocart. La sonde est laissée à demeure à la place de la canule. Elle sert à favoriser la formation des adhérences entre le kyste et les parois de l'abdomen, à retirer le liquide et les hydatides contenus dans la tumeur, et à faire des lavages, des injections iodées, pendant tout le temps nécessaire à la guérison, qui quelquefois se fait attendre plusieurs mois. Assez ordinairement les hydatides renfermées dans le kyste sortent soit par la canule du trocart au moment de la ponction, soit par la sonde laissée à demeure ; l'extrémité de la sonde qui pénètre dans le kyste doit être coupée en bec de flûte ou avoir des ouvertures latérales très-longues. Les lavages répétés, l'aspiration à l'aide d'une seringue sont souvent d'une grande utilité pour extraire les acéphalokystes. D'ailleurs la sortie des hydatides n'est pas toujours indispensable pour la guérison des kystes. Si du reste leur extraction devenait impossible, ce qui est rare, on pourrait débrider avec le bistouri et agrandir l'ouverture fistuleuse dès que les adhérences seraient solidement établies.

Avec ces procédés, et en prenant toutes les précautions que je viens de recommander, que des adhérences existent ou non entre le kyste et les parois abdominales au moment de la ponction, aucun épanchement dans le péritoine n'est à craindre ; grâce à la sonde laissée à demeure ;

elle établit une communication directe, une sorte de pont, entre la cavité du kyste et l'extérieur, et permet les lavages et les injections iodées, qui entrent dans le kyste et en sortent sans être exposés à couler dans le ventre.

Un point important sur lequel je crois devoir insister beaucoup, c'est qu'on doit opérer les kystes du foie dès qu'ils sont apparents, et surtout dès que la fluctuation est évidente; lorsqu'ils sont de formation encore récente, leur liquide est encore limpide, transparent, et il en résulte que la guérison peut être promptement obtenue par les ponctions capillaires. Si au contraire les hydatides sont plongées dans un liquide qui les isole complétement des parois du kyste, elles meurent dès que les conditions de leur existence ne sont plus les mêmes, et la nature du liquide contenu dans le kyste ne peut changer sans que celui de l'acéphalokyste participe aux qualités nouvelles que l'autre acquiert. Il paraît d'ailleurs démontré, par plusieurs observations d'anatomie pathologique, que la transparence du liquide et des parois appartient à des vers de formation nouvelle, et que les altérations diverses s'observent surtout chez les vers plus anciens.

Soit que l'on considère les acéphalokystes comme jouissant de la vie, à la manière des animaux les plus simples, soit qu'on leur refuse une place parmi les êtres organisés vivants, il est certain qu'elles subissent des changements importants dès qu'elles sont privées du liquide au milieu duquel elles existent; ainsi, dans les guérisons qui arrivent à la suite de l'évacuation du liquide par la ponction capillaire, il est probable que les vessies hydatiques ou les acéphalokystes cessent de vivre parce qu'elles sont privées du liquide nécessaire à leur existence. Elles diminuent de volume, se flétrissent, et probablement finissent par se résorber, puisqu'elles ne produisent pas d'accidents comme corps étrangers; ou bien, si, à la suite d'une ponction, le liquide s'altère, perd de sa transparence, s'épaissit, devient jaune, purulent, on conçoit très-bien que ces changements dans la composition et la qualité du liquide doivent également avoir une grande influence sur les acéphalokystes, qui ne peuvent vivre qu'aux dépens du liquide. Si ce liquide, dans lequel elles nagent, est écoulé, elles cessent de vivre. Bientôt la vessie se vide, l'humeur qu'elle renfermait s'épaissit et se transforme en une matière semblable à l'adipocire, ou en une masse calcaire que l'on sépare aisément des membranes.

Les acéphalokystes une fois mortes, le kyste se resserre sur lui-même, comme la poche anévrismale après la compression ou la ligature d'une artère. Dans une intéressante observation que j'ai publiée, avec M. le docteur Mesnet, dans la *Revue médicale* (février 1853), et qu'on trouvera plus loin, on voit que les vessies, affaissées et privées depuis longtemps de la vie, étaient réunies par une matière jaunâtre, friable, comparable à une sorte de ciment. Laënnec avait fait la même remarque (*l. c.*, obs. IV, p. 241).

Le resserrement du sac, déterminé par la mort des vers, est un phénomène d'autant plus important qu'il est, avec l'expulsion de ces animaux hors du corps de l'homme, une des terminaisons heureuses des accidents causés par leur présence. Le sac qui renferme les hydatides peut donc disparaître par suite de la mort de ces animaux; dans ces cas la tumeur diminue de jour en jour, jusqu'à ce qu'on n'en trouve plus de trace. C'est surtout dans les cas où le kyste qui contient les hydatides est unique qu'on remarque cette terminaison heureuse.

Ce qui peut s'opposer à la prompte guérison de certains kystes du foie, soit après la ponction capillaire, soit après la ponction avec un gros trocart et la sonde à demeure, c'est que souvent le kyste, surtout lorsqu'il est ancien et d'une étendue considérable, est uni d'une manière très-intime au parenchyme du foie; alors il ne peut revenir sur lui-même et subir le retrait qu'on remarque et qui a lieu lorsque le kyste est peu adhérent aux parties environnantes ou qu'il se trouve dans le voisinage de quelques membranes ou d'une cavité.

Les observations suivantes, que nous avons divisées en plusieurs catégories, suivant le procédé mis en usage, prouvent, les unes que la méthode de Récamier, malgré ses inconvénients, a pu guérir quelquefois des hydropisies enkystées du foie; les autres, qu'une ou plusieurs ponctions capillaires successives peuvent guérir ces kystes lorsque le liquide est limpide; enfin, les dernières, que les injections iodées sont une ressource précieuse, efficace, contre des affections qu'on regardait comme incurables et qu'on abandonnait à elles-mêmes.

L'ouverture des tumeurs du foie, soit par le bistouri, soit par le trocart même capillaire, était considérée comme très-funeste, et la

ponction exploratrice ne devait être tentée qu'après la constatation bien établie d'adhérences entre le kyste et les parois abdominales, et, pour rejeter cette ponction capillaire, on s'appuyait sur plusieurs faits où les malades avaient succombé, et particulièrement sur une observation, citée dans Ruysch (*Opér. anat.-médic.-chirurg.*, obs. LXV, p. 61), où, la ponction ayant été faite par méprise, le malade avait succombé très-promptement, bien que des adhérences salutaires eussent prévenu tout épanchement dans l'abdomen. Pareil accident est arrivé à M. Moissenet à la suite d'une ponction capillaire.

Malgré le blâme infligé à la ponction par Ruysch et tous les médecins de notre époque, nous avons cru devoir suivre l'exemple de Récamier, qui l'avait érigée en méthode exploratrice, et en faire un mode de traitement définitif et radical que, plusieurs fois, le succès le plus complet a justifié.

1° Tumeur développée insensiblement dans l'hypochondre droit; fluctuation douteuse; ponction exploratrice avec un trocart très-fin; sortie de quelques gouttes d'un liquide aqueux; application profonde de potasse caustique; rupture spontanée, par la plaie, d'une poche remplie d'hydatides; injections de différents liquides dans le kyste; retour de ses parois sur lui-même. Guérison trois mois après l'opération.

Obs. Ire. — Le nommé D....., peintre en bâtiments, âgé de vingt ans, d'une constitution assez forte, jouissait habituellement d'une bonne santé, quoique depuis plusieurs années il éprouvât de temps à autre quelques coliques, qui jamais cependant ne laissèrent après elles aucun malaise.

Le 26 avril dernier, étant dans une boutique, le plancher s'écroula, et D..... tomba dans une cave qui était environ à 3 ou 4 mètres de profondeur; il perdit connaissance sur le coup. Le lendemain, une légère teinte jaune commença à se développer sur la face et envahit bientôt tout le corps; mais, comme la santé n'en avait point autrement souffert, ce jeune homme crut devoir reprendre ses travaux le 29 avril, c'est-à-dire le troisième jour de l'accident.

Le 30, des douleurs gravatives se firent ressentir dans la région de l'hypochondre droit; le décubitus devint impossible sur l'un et l'autre côté, et D..... ne put se coucher que sur le ventre. La douleur de l'hypochondre s'accompagnait d'une rétraction du testicule droit; il s'y joignit de la soif et de la fièvre. Cet état continua avec peu de changement jusqu'au 3 mai, jour où le malade entra à l'Hôtel-Dieu. Soumis à notre examen, il présentait les symptômes suivants :

Le 3 mai, il n'existait que peu de fièvre; une légère teinte ictérique recouvrait le corps; la conjonctive était jaune; la langue était à peine blanchâtre; il n'y avait point de céphalalgie; l'épaule droite n'était le siége d'aucune douleur, et le malade était constipé depuis quatre jours. La région hypochondriaque droite était le siége d'une tumeur (le malade jusque-là ne s'était point aperçu de la présence de cette tumeur et il en fut fort étonné lorsqu'on la lui fit remarquer), de forme irrégulière, mais sans être bosselée, et qui s'étendait latéralement de l'appendice xiphoïde au voisinage des fausses côtes droites, qui même en étaient soulevées, et de haut en bas, depuis ce cartilage jusqu'à trois travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic. La pression de cette région était fort peu douloureuse ; on y reconnaissait, à l'aide du tact, plusieurs corps qui semblaient immobiles, assez durs, saillants et inégaux. Dans le même point on constatait fort bien l'existence de pulsations artérielles, mais qui nous parurent appartenir à des vaisseaux situés plus profondément; dans plusieurs endroits il était même impossible de reconnaître une fluctuation assez obscure. La percussion de l'abdomen produisait dans toute la région supérieure et droite un son mat, qui se prolongeait même jusque dans le petit bassin; en frappant d'une main sur un des points de l'abdomen, tandis que l'autre était appliquée sur la tumeur, on ne donnait lieu à presque aucun choc, à aucune impulsion. La percussion à droite sur la tumeur ne faisait sentir, au toucher, aucun frémissement, et, pratiquée conjointement avec l'auscultation, elle ne permettait d'y découvrir aucun bruit particulier ; on constatait seulement la diminution de sonorité de cette région de l'hypochondre. — Saignée, diète.

Le 5, le malade est sans fièvre; il ne souffre nullement de l'hypochondre droit. Afin de s'assurer de la nature de la tumeur dont il a été parlé plus haut, on y fait une ponction avec un trocart très-fin, dans le point où la fluctuation paraît la moins douteuse; une ventouse est appliquée sur la canule, et quelques gouttes d'un liquide fort limpide s'écoulent par son ouverture.

Les jours suivants, la santé de ce jeune homme continue à être parfaite; l'ictère diminue. Un

large morceau de potasse caustique est appliqué sur le point le plus saillant de la tumeur et dans le voisinage des fausses côtes. Le lendemain on incise l'escarre et l'on place dans son centre un nouveau morceau de potasse. Cependant, depuis les applications du caustique, la tumeur paraît s'effacer et perdre de son volume ; l'hypochondre, du reste, est toujours indolent.

Le 15 l'escarre est complétement séparée des parties vibrantes, et sa chute laisse voir une plaie de $0^m,06$ au moins de surface.

Le 19 la tumeur contenue dans l'abdomen s'ouvrit spontanément et sans douleur à travers la plaie faite aux téguments par le caustique, et des flots d'un liquide jaunâtre et limpide, mêlé d'un grand nombre d'hydatides, furent chassés avec force au dehors. L'ouverture qui leur donna passage pouvait avoir $0^m,015$ de diamètre. Trois bassins, contenant chacun près de deux litres, furent remplis en quelques instants. Un nombre immense d'hydatides de toute grosseur, depuis celle d'une bille jusqu'à celle d'un gros œuf, furent expulsées de l'abdomen, et le ventre perdit considérablement de son volume. La plupart de ces acéphalocystes étaient formées d'une poche très-mince, composée de deux ou trois pellicules transparentes, renfermant un liquide aqueux ; le contact de l'air ne tardait pas à leur donner une couleur opaline, qui, commençant par un point, augmentait successivement d'opacité, et finissait par envahir toute la vésicule. Ce jour même une injection avec de l'eau d'orge miellée fut faite dans le kyste, afin de prévenir l'entrée de l'air dans son intérieur. Les trois jours suivants, un nombre considérable d'hydatides continua à sortir. Le malade n'avait point de fièvre ; il restait couché sur le dos, et du reste se portait très-bien. Le liquide injecté dans la poche hydatifère, et qui consistait alors en eau salée, en ressortait sans aucune odeur.

Le 23. Les hydatides qui s'échappent encore du kyste ont une couleur jaune qui paraît appartenir à de la bile. Le liquide injecté est moins abondant que les premiers jours, mais son odeur est fétide. Les parois de la tumeur reviennent sur elles-mêmes. Une compression modérée est exercée sur le ventre à l'aide d'un bandage de corps.

Le 26. Au lieu d'une pinte et quart que l'on injectait les premiers jours dans le kyste, il n'en entre plus qu'une pinte ; ce liquide en sort toujours assez fétide, mais cependant beaucoup moins que ne l'est ordinairement la sérosité qui s'écoule des cavités séreuses. Quelques jours après la ponction, on substitue à l'eau salée, lors de chaque pansement, une décoction d'orge et de quinquina et une solution de chlorure de chaux. (Un grain d'extrait thébaïque ; pour la nuit, le quart.) La solution de chlorure de chaux détermine un picotement ; elle ne fait point complétement cesser l'odeur désagréable du liquide séjournant dans le kyste, elle en change seulement la nature.

Le 5 juin. La santé du malade continue à être satisfaisante, et, quoique pendant quelques jours il ait été jusqu'à quatre fois en dévoiement, il suffit cependant de la suppression d'une partie des aliments pour ramener les garde-robes à leur état normal.

Le 11. On ne peut plus faire pénétrer dans le kyste que 130 grammes de décoction de quinquina avec la solution de chlorure de chaux ; le liquide perd de jour en jour de son odeur fétide.

Le 22. Il n'entre plus que deux cuillerées environ. Les bords de la fistule, dont le diamètre est considérablement réduit, sont touchés avec la pierre à cautère, afin de réprimer quelques végétations. Le malade est fort bien.

Le 5 juillet. L'ouverture fistuleuse n'a plus que $0^m,009$ d'étendue ; toute sa circonférence est cicatrisée, mais toujours un liquide assez épais, jaunâtre, bien lié, d'un aspect purulent et fétide, s'en écoule, surtout lorsqu'on exerce une pression dans son voisinage, ou que le malade éternue, tousse, etc., etc.

Le 6. La matière dont nous venons de parler est un peu plus abondante, moins liée, verdâtre, et répand une odeur de matière stercorale à peu près semblable à celle qui appartient au dernier intestin grêle.

Le 7 au soir. On reconnaît, même dans ce liquide, des fragments de pois que le malade avait pris à dîner ; cependant la santé continue à être excellente. — On prescrit alors la diète ; on ne donne que de la soupe.

Du 8 au 20, le liquide purulent dont nous avons parlé s'écoule par la fistule ; il est verdâtre ; contient des herbes, des épinards, qu'il est parfois arrivé au malade de manger ; l'odeur est toujours fétide et stercorale. Le trajet de la fistule a près de $0^m,060$ de profondeur ; il se dirige de dehors en dedans et de bas en haut ; son ouverture intérieure correspond immédiatement au-dessous des dernières fausses côtes, un peu en

dehors d'une ligne qui descendrait verticalement de l'angle formé par les derniers cartilages. On essaie, à plusieurs reprises, de pratiquer avec des aiguilles une suture entortillée, mais on n'obtient qu'un léger amendement, ce qui engage à les retirer.

Le 30. Le malade sort de l'hôpital en parfaite santé, ne conservant de sa maladie qu'une étroite fistule qui donne issue à une petite quantité de pus fétide et un peu verdâtre. Quelques jours après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, vers le commencement d'août, une espèce d'escarre noirâtre se fit jour à travers la fistule, et dès lors celle-ci s'avança rapidement vers la cicatrisation.

La mort presque certaine à laquelle ce malade était réservé, mais dont, à la vérité, il était impossible de prévoir l'époque, explique suffisamment la conduite qui fut tenue à son égard. En effet, pouvait-on se reposer sur des chances aussi douteuses que l'espoir de la résorption du liquide contenu dans la tumeur de l'hypochondre droit, soit que ce résultat fût un effet de la nature, soit qu'il fût provoqué par l'art? Pouvait-on, sur des bases aussi fragiles que la rupture de ce kyste à l'extérieur, ou sur sa rupture à travers l'intestin, ainsi que plusieurs praticiens nous en ont laissé des exemples, fonder quelque espérance de salut? Nous ne le pensons pas. D'une autre part, si l'opération chirurgicale a trouvé de nombreux antagonistes, si les faits publiés ont fait regarder l'ouverture des tumeurs hydatiques comme presque toujours suivie de la mort, les précautions qui furent prises pour en assurer le succès, et surtout l'heureuse issue dont elle fut couronnée, doivent ramener à d'autres opinions les personnes qui seraient tentées de la taxer de témérité. Une crainte beaucoup plus fondée, un danger beaucoup plus imminent, devaient continuellement agiter l'esprit de l'homme de l'art: c'était la rupture de la tumeur dans la cavité du péritoine, ou, ce qui n'était guère moins grave, à travers le poumon.

La préférence qui fut donnée au caustique sur l'instrument tranchant, pour l'ouverture de la tumeur, repose sur l'inflammation que l'application de la potasse détermine à la circonférence de l'escarre et sur les adhérences entre les parois de l'abdomen et celles du kyste que cette inflammation amène nécessairement à sa suite. Ainsi fut prévenu le passage du liquide et des hydatides dans la cavité du péritoine.

Une seule difficulté restait à surmonter : c'était l'inflammation trop considérable de la surface intérieure du kyste et la dépravation du pus qui a coutume de se développer par le passage de l'air dans sa cavité. Mais des injections faites avec des liquides dont la nature varia selon les indications qui se présentèrent permirent de parer à ces accidents ; d'une autre part, cette méthode donna la faculté de diminuer successivement la quantité du liquide injecté au fur et à mesure que la poche hydatifère revenait sur elle-même, ce qui du reste était favorisé par la compression exercée sur l'abdomen à l'aide d'un bandage de corps.

Aucun accident ne vint contrarier la guérison, car nous ne regardons pas comme tel la perforation de l'intestin, ou peut-être mieux la légère infiltration de matières stercorales qui fut observée les premiers jours de juillet, et qui ne retarda que d'une semaine au plus la cicatrisation de la fistule.

L'observation suivante, qui a été recueillie par M. Demarquay, est encore une preuve de plus à l'appui des propositions que nous avons formulées, à savoir : qu'il faut d'abord recourir aux ponctions capillaires, pour arriver ensuite, si elles échouent, à la ponction avec un gros trocart et aux injections iodées. De plus, cette observation fait connaître le danger qu'il y a à ne pas vider complétement le kyste de son contenu purulent, et indique comment s'opère la guérison des kystes hydatifères, par le retrait successif de la cavité sur elle-même.

2° Kyste hydatique du foie. — Ponctions simples: insuccès ; ponctions et injections iodées : guérison.

Madame X..., fruitière, âgée de trente-quatre ans, entrée à la Maison municipale de santé le 5 juillet 1858, sortie le 5 décembre de la même année. Cette dame, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament sanguin, nous dit jouir habituellement d'une bonne santé. Elle fait remonter l'origine de son affection au mois d'août 1857. Elle fut prise à cette époque d'un point de côté assez violent, à droite, qui dura trois ou quatre jours et la laissa en repos pendant deux mois. En octobre suivant, ce même point de côté reparut plus intense que la première fois; il persista quatre mois, en présentant des alternatives d'augmentation et de diminution. Pendant ce laps de temps la menstruation fut difficile; à l'époque des règles il y avait d'assez vives douleurs dans

le ventre, qui devenait très-gros, et la malade était obligée de garder le lit pendant quatre ou cinq jours. En même temps les fonctions digestives s'altérèrent, l'appétit devint moins vif qu'autrefois, les digestions plus difficiles, etc. Mais cet état, bien que pénible, était encore très-supportable, et ne paraissait présenter rien d'alarmant, lorsqu'en février 1858 la douleur de côté prit tout à coup une intensité beaucoup plus considérable; elle cessa d'être bornée au côté droit pour s'irradier dans toute la partie supérieure de la poitrine, dans l'épaule droite et quelquefois dans la tête.

Il survint une toux sèche et opiniâtre, une coloration légèrement jaunâtre des téguments; les urines devinrent sédimenteuses, l'anorexie complète; la fièvre s'alluma. Un médecin fut appelé et la traita, dit la malade, pour une fluxion de poitrine. Il lui prescrivit des potions calmantes et lui fit appliquer un vésicatoire sur le côté droit. La malade eut à cette époque des épistaxis très-abondantes, qui durèrent une quinzaine de jours; elle avait été très-sujette, étant jeune fille, aux hémorrhagies nasales, mais depuis longtemps déjà elle n'en avait plus. C'est à ce moment, c'est-à-dire vers la fin de février, qu'on s'aperçut de la présence d'une tumeur dans l'hypocondre droit. La malade se rétablit encore une fois; mais la convalescence ne fut pas bien franche; les troubles digestifs persistèrent, ainsi que le point de côté; enfin, en mai, il y eut une nouvelle recrudescence dans la douleur, qui devint plus violente qu'elle ne l'avait jamais été. Des sangsues et un vésicatoire furent appliqués; la malade en éprouva quelque soulagement, mais son état de langueur et de souffrance persista jusqu'à son entrée à la Maison de santé, qui eut lieu le 5 juillet.

L'état de fraîcheur et d'embonpoint de la malade ne permettrait guère de supposer de prime abord que son affection remonte à un an, et que, pendant tout ce temps, les fonctions digestives ont été languissantes, l'exercice insuffisant et les douleurs presque continuelles, surtout depuis quelques mois. L'hypochondre droit présente une tumeur très-appréciable, mais mal limitée, et dont le premier point culminant a son siége au-dessous du rebord des fausses côtes et en dehors du bord externe du grand droit de l'abdomen. La fluctuation est très-manifeste, mais toutes les recherches sont impuissantes à faire percevoir le frémissement hydatique. La douleur a toujours pour point de départ la tumeur et s'irradie dans l'épaule droite et même dans la tête.

Le 6 juillet une ponction exploratrice est pratiquée sur le point culminant de la tumeur, et on retire par la canule 1500 grammes d'un liquide transparent, incolore, d'une saveur salée, ni onctueux, ni filant, et renfermant une très-grande quantité d'albumine et de matière grasse. On applique un morceau de diachylum sur la petite plaie, quelques compresses et un bandage de corps. Aucune espèce d'accident ne suivit; seulement, le liquide s'étant reproduit assez rapidement, une nouvelle ponction devint nécessaire et fut pratiquée le 26 juillet. Elle fournit 1800 grammes de liquide tout à fait semblable au premier; mais, cette fois, il éclata à la suite quelques accidents. Des frissons erratiques, revenant à des intervalles irréguliers, de la fièvre, surtout le soir, la coloration des pommettes, une légère altération de la physionomie permirent de supposer que le foyer s'était enflammé. Cette prévision se trouva confirmée par une troisième ponction, qui fut faite le 14 août, et donna issue à 1200 grammes d'un liquide purulent. Il devenait alors évident que de simples ponctions avec un trocart explorateur étaient insuffisantes pour permettre d'espérer la guérison. C'est pourquoi on résolut d'ouvrir le foyer au moyen du caustique de Vienne, de manière à pouvoir faire des injections iodées. Une première application en fut faite dans une étendue suffisante pour produire une escarre de la largeur d'une pièce de 2 francs. Cette escarre fut excisée le lendemain dans ses couches superficielles et on appliqua de nouveau du caustique; on réitéra deux fois la même opération à trois jours d'intervalle. Une amélioration tout à fait inespérée se manifesta alors; la tuméfaction diminua si rapidement qu'en quelques jours elle avait presque complétement disparu; l'état général suivit la même marche, et, avant que le caustique ne fût arrivé jusqu'au foyer, on en suspendit l'emploi, dans l'espérance de voir la nature faire seule les frais de la guérison; mais le mieux ne fut que passager, la tuméfaction et les douleurs reparurent, et il fallut de nouveau avoir recours à l'emploi du caustique.

Le 22 septembre la profondeur de l'escarre permettait d'espérer l'adhérence complète des deux feuillets du péritoine. M. Demarquay fit, avec un bistouri à lame étroite, une ponction qui donna issue à 2000 grammes d'un pus bien lié. Une injection iodée (solution de Guibout) fut im-

médiatement faite dans l'intérieur du foyer, au moyen d'une sonde en gomme élastique. Les premiers jours qui suivirent cette opération ne présentèrent rien de particulier, mais il ne tarda pas à survenir des symptômes qui mirent les jours de la malade en danger. Une diarrhée colliquative, une fièvre intense avec redoublement le soir, un amaigrissement des plus rapides, une altération profonde de la physionomie, des sueurs profuses, tout, en un mot, faisait craindre une fin des plus prochaines. Le 18 octobre, M. Demarquay, voyant que l'écoulement du pus ne s'opérait que très-imparfaitement par l'ouverture qu'il avait faite, résolut de l'agrandir à l'aide du bistouri; il sortit alors du pus avec des fragments membraneux et des débris d'hydatides en assez grande quantité; il s'écoula aussi beaucoup de sang. On fit une injection au perchlorure de fer très-étendu; on employa la même injection les deux jours suivants, et à chaque pansement il sortait par la plaie des fragments d'hydatides. L'injection au perchlorure de fer fut remplacée par la solution de Guibout, deux fois par jour. Cette opération était faite au moyen d'une sonde en gomme élastique qu'on introduisait dans la plaie. Bientôt, l'ouverture se rétrécissant et l'introduction de la sonde étant par suite très-douloureuse, on fut obligé de maintenir celle-ci à demeure; c'est à partir de ce moment (12 novembre) que la diminution du foyer devint en quelque sorte appréciable à l'œil. En effet, la seringue avec laquelle on faisait l'injection était de la contenance d'environ 125 grammes. Lorsqu'on maintint la sonde à demeure, tout le liquide contenu dans la seringue était injecté dans le foyer et sortait ensuite par la sonde. Bientôt il ne fut plus possible d'injecter la même quantité; si on forçait, le liquide sortait entre la sonde et la plaie, et le foyer allait toujours en diminuant. Il n'admit plus successivement que les trois quarts, les deux tiers, la moitié du liquide contenu dans la seringue, et, lorsque la malade sortit de la Maison de santé (5 decembre), elle ne pouvait plus en recevoir que le tiers. A mesure que le foyer allait en diminuant, l'état général s'améliorait sensiblement, l'appétit et l'embonpoint revenaient ainsi que les forces. La malade continua chez elle les injections iodées jusqu'au 26 décembre, époque à laquelle on retira la sonde; et aujourd'hui, 20 janvier 1859, la malade est dans un état aussi satisfaisant que possible et peut être considérée comme guérie.

2° Kystes du foie guéris par une simple ponction exploratrice, et dans le but de reconnaître l'existence de la maladie.

Obs. III. — Une jeune femme portait, depuis plusieurs années, une tumeur située sur l'hypocondre droit, laquelle s'étendait jusqu'à la ligne blanche et faisait saillie à l'extérieur; cette tumeur était arrondie, dure, immobile, et ne développait pas de douleur par la pression. Récamier, y ayant reconnu de la fluctuation, la regarda comme dépendant d'une hydropisie enkystée du foie et se décida à pratiquer une ponction. A cet effet il enfonça dans la partie la plus déclive un trocart très-fin, qui donna issue à un liquide aqueux et limpide; cette opération fut suivie d'un plein succès; tous les accidents qui avaient été la suite du développement de l'abdomen se dissipèrent complétement, et la malade sortit de l'hôpital complétement guérie. (*Revue médicale*, janvier 1825; *Hydropisie enkystée du foie.*)

Cette observation est extrêmement intéressante sous le rapport de l'innocuité de la ponction et du résultat obtenu; c'est elle qui a probablement conduit Récamier à généraliser cette méthode et à employer la ponction capillaire comme moyen explorateur, puis, la nature de la tumeur étant reconnue, à faire des applications de potasse caustique. Le point important pour Récamier, et sur lequel paraît reposer toute sa méthode, était de provoquer des adhérences salutaires entre la poche et les parties abdominales. Cette adhérence obtenue, on pouvait impunément traverser le péritoine et la poche par une seconde application de potasse, perforer le kyste et le vider. Quoique le professeur distingué de la clinique de l'Hôtel-Dieu eût obtenu un succès par une simple ponction capillaire, il n'eut pas la pensée de se borner à ces simples ponctions pour la guérison des kystes acéphalocystes; elles n'étaient pour lui qu'un moyen explorateur, et il les faisait suivre de l'application de la potasse caustique.

Obs. IV. — Un homme âgé de 34 ans, d'une structure moyenne, brun, pâle, porte depuis dix-huit mois une tumeur à la région du foie; cette tumeur est complétement indolente à la pression. Toutes les fonctions de l'économie s'exécutent dans l'état le plus régulier; mais la tumeur l'incommode et l'inquiète pour l'avenir. Quelques personnes ont cru reconnaître, par l'exploration, ce bruit de crépitation, de collision, que donnent les hydatides en frottant les unes contre les autres;

mais cette sensation n'a pas paru assez distincte au plus grand nombre pour qu'on puisse en tirer quelque induction. Récamier a donc eu recours au moyen d'exploration qu'il a le premier employé. Le 22 avril 1828, un trocart extrêmement délié a été enfoncé dans la partie la plus saillante de la tumeur; il s'est échappé un liquide limpide; aucun accident n'a suivi la ponction. On a attendu que la tumeur fût de nouveau distendue par la sérosité pour appliquer la potasse caustique. Cette application a été faite le 29 avril. Il paraît qu'elle a été faite trop haut ou que le caustique s'est déplacé, car son action a porté sur les dernières côtes. Ce malade a succombé, vingt-cinq jours après la ponction, à la suite d'accidents nerveux qu'on a qualifiés de *tétaniques*.

M. Cruveilhier, auquel j'ai emprunté les deux faits précédents (*Dictionn. de Méd. et de Chirurgie pratiques*, t. I, p. 280 et suiv., art. *Acéphalocystes*), cite encore l'observation d'un jeune homme qui était dans les salles de Récamier en 1829 et qui avait été soumis au même traitement, à savoir : 1° à une ponction aciponctuée exploratrice; 2° à l'application de la potasse caustique; 3° à des injections émollientes d'abord, puis légèrement exploratrices. Il était en voie de guérison.

Malgré ces faits de Récamier, qui auraient dû faire avancer la thérapeutique des tumeurs du foie, la conduite des praticiens était restée incertaine, vacillante, faute de règles bien établies, et tous les médecins étaient plus enclins à abandonner ces affections qu'à les traiter, lorsque, appuyé sur des faits, j'ai cherché à démontrer l'innocuité des ponctions capillaires, les avantages des injections iodées, l'inutilité de l'application de la potasse caustique, et par suite des adhérences qu'on regardait comme indispensables lorsqu'on osait faire la ponction de ces tumeurs.

Les tumeurs de ces acéphalocystes du foie peuvent donc guérir radicalement par des ponctions capillaires; voici des observations qui le prouvent d'une manière manifeste.

Obs. V. — Dans le courant de juin 1852, une dame de province, venant me consulter pour elle, me pria d'examiner sa fille, âgée de 19 ans, qui avait une grosseur au creux de l'estomac. Cette jeune personne offrait tous les attributs de la plus belle santé; elle était fraîche, douée d'un embonpoint ordinaire et d'une excellente constitution; toutes les fonctions étaient des plus régulières; elle n'avait jamais été malade, ne souffrait ni du côté du foie ni du côté de l'estomac. Elle ne s'était aperçue de cette tumeur que parce que souvent, après avoir mangé, elle se trouvait gonflée et était obligée de se desserrer. Elle n'a jamais eu la jaunisse. A la vue, on remarquait que le creux épigastrique était comme soulevé, et offrait une saillie oblongue verticale et plus rapprochée du côté du foie. La percussion donnait de la matité dans toute l'étendue de la tumeur, et la pression n'y était nullement douloureuse; la palpation n'y produisait aucun bruit particulier, mais annonçait une fluctuation assez manifeste.

En présence de ces signes, je déclarai qu'il existait probablement un kyste hydatique du foie, et que, pour en avoir la certitude, il faudrait probablement recourir à une ponction exploratrice; que probablement, dans ce cas, toutes les fonctions s'exécutant bien et la malade ne se sentant nullement indisposée, bien des médecins conseilleraient l'expectation, mais que mon avis était d'agir immédiatement, en vue des accidents graves qui pouvaient apparaître dans un temps plus ou moins éloigné si l'on abandonnait ce mal à lui-même; que mon intention, en pratiquant une ponction exploratrice, était d'abord de m'assurer de la nature du contenu de cette tumeur, puis ensuite de pratiquer une injection iodée, pour arriver à une guérison radicale.

Quelques jours après je pratiquai avec un trocart très-fin une ponction qui donna issue à 750 grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche. L'injection iodée que je me proposais de faire ne fut pas pratiquée, par la raison que l'extrémité de la seringue que j'avais apportée avec moi était trop grosse pour être introduite dans la canule du trocart. Je me contentai donc de visiter le kyste sans l'injecter, me proposant, lorsque le liquide du kyste serait revenu, ainsi que je le croyais, de faire usage d'un trocart plus gros pour pratiquer plus facilement l'injection iodée. Trois jours après cette ponction capillaire notre jeune malade reprenait toutes ses habitudes, et resta pendant quinze jours encore soumise à mon observation. Rien n'indiquant la reproduction de la maladie, ces dames retournèrent chez elles, croyant comme moi qu'il faudrait revenir à une nouvelle opération.

N'ayant pas reçu de nouvelles de ces dames depuis leur départ, je les avais complétement oubliées, lorsqu'en 1855, trois ans après cette opération, ma jeune opérée revint à Paris, mariée et mère d'un gros enfant. Son mal n'était pas revenu, et l'examen le plus attentif ne me fit rien

découvrir ; elle était radicalement guérie et jouissait d'une excellente santé.

Il est probable que, dans ce cas, j'avais eu affaire à un kyste acéphalocyste solitaire.

Obs. VI. — Une femme de trente-cinq à quarante ans, mariée, sans enfants, entre dans le service de M. Briquet, à la Charité, dans le courant de l'année 1856; elle raconte qu'elle a été admise dans plusieurs hôpitaux de Paris pour une tumeur qu'elle porte dans la région droite du ventre, un peu au-dessus du foie, tumeur qui a été prise par plusieurs médecins pour un rein mobile. Elle ne peut fournir aucune indication positive sur la cause de cette tumeur, qui remonte à deux ou trois ans; seulement elle a éprouvé plusieurs fois des crachements de sang très-abondants, quoique l'auscultation ne dénote aucune lésion organique du côté du poumon. Elle éprouve souvent de l'oppression, et ne peut faire la moindre course sans être essoufflée. De l'examen clinique il résulte ce qui suit : la malade, qui est amputée d'une jambe, est bien constituée, de petite taille, et l'examen des organes thoraciques n'y fait découvrir aucune altération pathologique; le foie ne dépasse pas le rebord des côtes, et la rate paraît occuper sa place normale. Quand la malade est couchée sur le dos, on voit, dans l'espace compris entre l'ombilic, l'estomac et le foie, une tumeur ayant la forme d'un ovale étendu verticalement, qui nous offre comme mensuration dans le diamètre transversal 18 à 20 centimètres; diamètre vertical, 25 à 30 centimètres. La peau qui recouvre cette tumeur n'offre aucun changement. Cette tumeur est immobile, élastique, uniformément résistante et non douloureuse à la pression. La respiration ne produit aucun déplacement de cette tumeur; la percussion donne un son mat. Plusieurs avis furent donnés sur la nature de cette tumeur, qui fut considérée par les uns comme une tumeur de mauvaise nature, par d'autres pour un engorgement des ganglions mésentériques, pour un rein mobile, etc., etc. Appelé à donner son avis, M. Boinet, s'étant assuré que cette tumeur renfermait un liquide, diagnostiqua une tumeur hydatique du foie, proposa et fit, pour lever tous les doutes, une ponction exploratrice avec un trocart capillaire. 1,000 grammes environ d'un liquide aqueux, transparent, limpide, s'échappent aussitôt par la canule.

Après cette ponction, cette femme éprouva un soulagement très-marqué, et fut gardée pendant plusieurs semaines à la Charité pour être soumise à une injection iodée, si le liquide venait à se reproduire. Depuis bientôt trois ans que cette malade a été opérée, la tumeur ne s'est pas reproduite et sa santé a toujours été excellente. Dans ce cas encore une seule ponction capillaire a suffi pour amener une guérison radicale.

On trouve encore dans le thèse de M. Cadet de Gassicourt (19 février 1856) plusieurs exemples de guérison par simples ponctions ; l'un a été recueilli par le docteur E. Gonpil, ancien interne des hôpitaux, et, dans ce cas, une simple ponction exploratrice a amené la guérison d'un kyste hydatique du foie. Le liquide était incolore, transparent, sans mélange d'hydatides ni de pus. L'autre observation a été communiquée par le docteur Dumont-Pallier, interne dans le service de M. Bernutz; la guérison fut produite par deux ponctions successives, sans que pour cela on ait eu à observer aucun accident du côté du péritoine. Voici les observations.

3° Kystes hydatiques du foie; ponction de l'un des kystes; ouverture de l'autre dans la plèvre; perforation pulmonaire. Mort, autopsie. (Thèse de M. Cadet de Gassicourt.)

Obs. VII. La nommée L... (Victorine), âgée de 31 ans, domestique, entra, le 10 juin 1853, à la Charité, salle Sainte-Marthe, n° 11, service de M. Briquet.

Cette femme est petite, maigre, peu musclée; cheveux châtains, yeux bleus; face pâle, sans couleur ; intelligence médiocre. Rien de particulier chez ses parents; fièvre intermittente à l'âge de 10 ans; réglée à 18 ans, la menstruation a toujours été irrégulière; pas de grossesse ni d'accidents syphilitiques. Venue à Paris à 24 ans, elle était alors bien portante, mais maigre et chétive; à 28 ans ses règles se sont suspendues, sans amener aucun nouveau trouble dans sa santé. Elle habite une chambre un peu humide, au rez-de-chaussée, se nourrit à peu près exclusivement de pain et de légumes; rarement elle mange de la viande et boit du vin.

En décembre 1852 elle commença à ressentir quelques douleurs au côté droit, et entra, le 31 janvier 1853, à la Charité, salle Sainte-Marthe, n° 20; elle avait alors un point de côté très-fort à droite, au niveau du dixième espace intercostal et en avant; ce point de côté était augmenté par

les mouvements et la toux. La percussion était mate, en arrière, à partir de la pointe du scapulum, et, en avant, depuis le mamelon jusqu'à quatre travers de doigts au-dessous des fausses côtes. La respiration, en ces mêmes points, était légèrement bronchique, l'égophonie très-marquée, le côté droit de la poitrine légèrement dilaté. Le pouls a 80 ; il est faible; la peau est un peu chaude. (Ventouses scarifiées, vésicatoires.) La malade sortit le 15 mars, à peu près dans le même état.

La malade rentra dans le service le 21 mars. Même état local; pas de traitement. Sortie le 4 avril.

Au commencement de mai, elle s'aperçut que son ventre avait notablement grossi ; il devint dur, très-gênant. Douleurs continuelles, peu aiguës, sous les fausses côtes gauches, avec exacerbation. Dans les premiers jours de juin, douleurs analogues au-dessous des fausses côtes droites ; impossibilité de travailler. La malade rentra à la Charité le 10 juin 1855, salle Sainte-Marthe, no 10.

Nous ne décrirons pas l'état de la malade à son entrée ; nous dirons seulement que les forces diminuent notablement ; qu'il existe, dans la journée, un état d'apyrexie, avec fièvre le soir, pendant plusieurs jours (du 29 juillet au 6 août), et que la tumeur abdominale, qui avait été reconnue lors de l'entrée, paraît augmenter peu à peu. Le 6 août, les symptômes étant beaucoup plus caractérisés, nous allons en faire une description détaillée.

Le 6 août. Amaigrissement et teint jaune des sclérotiques; langue grise, humide ; muqueuse buccale pâle ; digestion bonne, quoique pénible ; appétit faible depuis quelques jours ; sommeil accompagné de transpiration ; pas de diarrhée ; soif peu vive ; un peu de douleur à la région épigastrique. La respiration est fréquente (28 par minute) et s'accélère très-sensiblement lors des mouvements ; elle se fait surtout par le type costal supérieur ; néanmoins il y a encore déduction notable des côtes inférieures. Le corps de la malade paraît étroit aux épaules et renflé au milieu, au niveau de l'épigastre ; puis il diminue vers le bassin. Ainsi on trouve 92 centimètres au niveau de l'ombilic, 86 au niveau du creux épigastrique, 81 au niveau de la cinquième côte. Les dernières côtes sont soulevées et projetées au dehors, bien que les espaces intercostaux soient très-nettement déprimés ; les veines sous-cutanées antérieures du thorax et de l'abdomen sont plus développées qu'à l'état normal, surtout celles du thorax ; les membres inférieurs sont légèrement œdématiés. A la percussion, le son sous la clavicule droite est plus sonore que celui du côté opposé ; il s'étend jusqu'au deuxième espace intercostal ; puis la matité se continue jusqu'au niveau de l'ombilic. La respiration s'entend de la clavicule jusqu'à la quatrième côte, mais elle est faible et mélangée de râles muqueux ; au-dessous, apnée sans aucun retentissement de la voix ; à gauche, son normal de la clavicule à la troisième côte, puis dureté du son jusqu'au niveau de l'ombilic ; expansion vésiculaire mélangée de râles sibilants ; au-dessous, apnée complète ; battements du cœur réguliers, normaux, la pointe du cœur battant au niveau du cinquième espace intercostal, à deux travers de doigts en dehors du mamelon.

En arrière, sonorité à droite depuis le sommet jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, puis matité; respiration bronchique, ayant un timbre à peu près amphorique dans la fosse sus-épineuse ; au-dessous, expansion vésiculaire faible, entremêlée de râles muqueux ; à gauche, son normal jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'angle du scapulum ; expansion vésiculaire mêlée de râles sibilants et muqueux ; pas de retentissement de la voix.

A la percussion et à la palpation de l'abdomen on sent une tumeur dure, égale, occupant les deux hypocondres et l'épigastre ; le bord, lisse et uni à droite, se sent au niveau de l'ombilic ; il remonte un peu vers la ligne médiane, et redescend au niveau de l'ombilic à gauche. De ce côté le bord est lisse, mousse, limité facilement par la percussion, difficilement par la palpation ; c'est à ce niveau que j'ai cru deux fois sentir une fluctuation obscure. Les mouvements de la malade ne font pas varier la place de la tumeur ni la matité. L'urine est claire, limpide, et ne se trouble ni par la chaleur ni par l'acide nitrique.

Le 11, rien n'était changé dans l'état de la malade. M. Velpeau fait une ponction avec le trocart explorateur au-dessous des fausses côtes gauches, dans le point où j'avais cru sentir de la fluctuation. La ponction donne issue à 1500 gr. d'un liquide incolore, transparent, parfaitement liquide d'abord, présentant à la fin quelques parcelles solides ; ce liquide ne contenait point d'albumine, était insipide, et, examiné au microscope, ne présentait que quelques débris

amorphes et quelques parcelles de mucus. La piqûre est recouverte d'un morceau de diachylon et est presque cicatrisée le lendemain.

Le 12. La malade trouve une amélioration notable ; le ventre est beaucoup diminué ; la tumeur du côté droit est restée la même, mais celle du côté gauche a considérablement diminué (81 centimètres au creux épigastrique, 85 à l'ombilic). Peu de fièvre, peau fraîche.

Le 18. Nouvelle ponction, avec le trocart explorateur, au-dessous des fausses côtes droites, ponction qui n'amena que quelques gouttelettes de sang et ne causa aucune réaction fébrile. Depuis on ne fit plus aucune tentative.

Dans le cours d'août et de septembre, la malade reprend de l'appétit et des forces.

Elle demande à sortir le 3 octobre. A cette époque l'état général est assez bon, sauf une toux pénible ; la respiration, pure et vésiculaire, s'entend jusqu'à la troisième côte à droite et jusqu'à la cinquième à gauche. L'abdomen ne mesure plus que 81 centimètres au niveau de l'ombilic et 77 au niveau de l'épigastre. La tumeur gauche a disparu; celle de droite a conservé à peu près son volume. Les veines sous-cutanées ne sont plus que normalement développées.

La malade rentre de nouveau le 7 octobre.

Le 6, en tirant un seau d'eau, elle a ressenti brusquement une douleur vive au niveau des quatrième et cinquième côtes droites et a perdu connaissance; la douleur a persisté, quoique beaucoup moins vive ; seulement elle augmente dès que la malade remue, soit d'un côté, soit de l'autre.

Le 8. L'examen de la malade ne dénote aucun changement appréciable, soit à la percussion, soit à l'auscultation. Quand la malade se couche sur le côté droit, il lui semble qu'il y a dans ce côté de l'eau qui s'écoule et cause des tiraillements dans la tumeur. Pouls petit ; appétit faible ; ni constipation, ni diarrhée. — Gomme, cataplasme; une potion.

Le 10. Ponction avec le trocart explorateur à 5 centimètres en dehors de l'ombilic à droite ; il ne sort qu'un sang épais et brun. Dans la journée, il y a de la céphalalgie, de la fièvre, et la malade rejette, dans des quintes de toux, par trois fois, environ 300 grammes d'un liquide peu visqueux, aéré, filant, moitié incolore, moitié coloré en jaune ; ces crachats, à réaction acide, verdissent par l'acide nitrique ou par leur simple exposition à l'air.

Le lendemain, l'auscultation fait reconnaître, sous la clavicule droite, une respiration rude et un peu de retentissement de la voix. — Gomme, julep avec acétate de morphine, 0,02 ; bouillons, potages.

Jusqu'au 23, pas de changement notable, si ce n'est un peu de diarrhée.

Le 24, expuition de 1200 grammes de crachats liquides, visqueux, quelques-uns colorés en jaune, comme précédemment.

Le soir la malade est assise sur son lit ; la face est fatiguée, très-maigre, d'une teinte jaune paille ; la langue grise et humide. Peu d'appétit ; toux fréquente et par quintes. La percussion est sonore, à gauche, depuis la clavicule jusqu'à la sixième côte, à droite, jusqu'à la quatrième seulement. Dans un espace de 4 à 5 centimètres seulement, au niveau de la troisième côte droite, et à 4 centimètres du sternum, on entend une respiration amphorique manifeste, accompagnée de tintement métallique très-clair et de retentissement amphorique de la voix ; au-dessous, la respiration ne s'entend plus ; respiration bronchique en arrière et en haut, à droite et le long de la colonne vertébrale. La mensuration de l'abdomen donne 71 centimètres au niveau de l'ombilic et 72 au niveau du creux épigastrique ; pas de changement dans la tumeur. Les côtes inférieures et la paroi abdominale sont soulevées à chaque inspiration, mais ce mouvement est très-inégal, à peine perceptible pour le côté droit, et très-sensible pour le côté gauche. — Gomme, julep avec acétate de morphine, 0,03 ; 4 bouillons.

A partir de ce jour l'examen de la malade ne put être fait complétement ; la malade, soulevée par des oreillers et penchée sur le côté droit, ne pouvait se bouger ou se pencher en avant sans être prise de suffocation, puis de toux et d'expuition de crachats d'abord muqueux, qui sont devenus bientôt purulents ; aussi n'avons-nous pu explorer la poitrine que par la partie antérieure.

Le 26. A la respiration amphorique s'ajoute un bruit de gargouillement qui subsiste jusqu'à la fin, tandis qu'on cessa d'entendre le tintement métallique dès le 7 novembre.

Le 6 novembre. Les crachats muqueux et incolores contenaient quelques crachats jaunâtres, à aspect purulent, ayant une odeur fade et infecte. — Pastilles de cachou.

Le lendemain, l'odeur des crachats est moins infecte ; l'abdomen est peu tendu ; la tumeur ne

descend plus qu'à 5 centimètres au-dessous des fausses côtes droites ; pas d'œdème des membres inférieurs.

Nous ne notons donc aucun changement dans l'état de la malade jusqu'au 20 novembre, où survient une diarrhée jaune, liquide, et des selles involontaires assez abondantes. — Riz, sirop de gomme ; julep avec morphine, 0,04 ; diète.

La malade meurt le 1er décembre, sans avoir présenté d'autres phénomènes.

Autopsie faite le 2 décembre 1853, par un temps froid.

Cadavre bien conservé ; rigidité cadavérique très-prononcée.

A l'ouverture du crâne on trouve les veines de la dure-mère très-distendues, ainsi que celles de la pie-mère et des plexus choroïdiens ; du reste, le cerveau est sain.

A l'ouverture de l'abdomen on trouve quelques cuillerées de sérosité citrine transparente ; le foie descend, à droite, depuis le diaphragme jusqu'au rebord supérieur de la crête iliaque (26 centimètres et demi de hauteur), et s'étend, à gauche, jusqu'à la rate (diamètre transversal, 25 centimètres) ; le lobe gauche n'a que 13 centimètres de hauteur et dépasse à peine les fausses côtes gauches. Adhérences du foie avec les parois abdominales antérieures, avec le péritoine diaphragmatique, avec la rate et le côlon transverse.

Le lobe gauche a 3 centimètres de hauteur sur 7 de largeur ; à sa partie inférieure il présente une tumeur assez régulièrement sphérique. Dès que l'on rompt les adhérences qui unissent cette tumeur au foie, on voit sortir une membrane blanche à surface grenue, repliée sur elle-même, qui contient environ 120 gram. d'un liquide un peu visqueux, couleur sucre d'orge, sans aucun débris d'hydatides. Cette membrane ou poche a 34 centimètres en un sens et 53 dans un autre. Vue par sa face interne, elle présente diverses colorations, depuis le jaune foncé jusqu'au jaune clair. Elle était contenue dans un kyste dont les parois sont formées par le foie et par le péritoine épaissi. Ce kyste adhère à la paroi abdominale au niveau du point où la première ponction exploratrice a été faite. Sa face interne mesure 19 centimètres de circonférence environ dans tous les sens ; elle est grenue, un peu jaunâtre. Les parois, dures, résistantes sous le scalpel, ont une épaisseur de 7 millimètres.

Enlevant ensuite la paroi antérieure du thorax et décollant la plèvre à droite, nous apercevons le poumon gauche, le péricarde, le cœur, qui ne présentent rien de particulier. A droite, le foie forme une énorme tumeur, qui s'étend jusqu'au sommet du poumon droit ; cette tumeur forme une masse uniforme de 43 centimètres de haut, depuis le bord inférieur du foie jusqu'au sommet du poumon. Toute la partie moyenne est fluctuante ; nous l'incisons ; il s'écoule un liquide verdâtre, purulent, contenant quelques flocons de même couleur et répandant une odeur infecte : la quantité de ce liquide a été évaluée à 2 litres et demi environ. Par la même incision, et entraînée par le liquide, sort une membrane albumineuse blanche, peu consistante, qui se déchire en sortant, et paraît avoir dû former une seule poche très-considérable, mais dont les morceaux déchirés ne nous ont pas permis d'apprécier l'étendue. Nous n'y trouvons aucun débris d'échinocoque.

Par une longue incision, nous mettons à découvert une vaste cavité, dont la paroi antérieure et externe présente 25 centimètres de hauteur et 43 centimètres de circonférence à sa partie médiane. Sa base, formée par une excavation de la surface supérieure du foie, présente 16 centimètres de diamètre transversal sur 13 de diamètre antéro-postérieur. A la partie postérieure, le poumon est refoulé en haut, en dehors et en arrière, et occupe à peine le quart de son volume normal ; il est complétement adhérent à la plèvre pariétale. En dedans, la tumeur adhère au péricarde ; sa surface interne est d'un blanc mat, rugueux, inégal, et son aspect est tout à fait analogue à celui de la plèvre chroniquement enflammée.

Les parois de cette poche sont ainsi constituées : en bas, une large excavation du tissu propre au foie, puis un tissu blanc, dur, résistant, d'aspect fibreux, et la fausse membrane que nous venons de décrire ; puis, dans une hauteur de 10 centimètres, les parois sont formées par cette fausse membrane ; un tissu fibreux blanc, une couche mince du foie, une couche de tissu lisse et blanc qui ne paraît être autre chose que le péritoine épaissi, puis le diaphragme entre ses deux séreuses, qui s'accole à la tumeur. Nous avons pu, par la dissection, séparer le diaphragme dans une étendue de 12 centimètres en dehors et 4 à 5 centimètres en dedans ; à ce niveau, il est impossible de suivre les fibres musculaires, qui sont pâles et cessent enfin. Au-dessus, la paroi du kyste, beaucoup plus mince, est formée uni-

quement par la plèvre pariétale, doublée de cette fausse membrane dont la couche externe est lisse et unie.

La paroi interne est formée par la surface inférieure du poumon repoussé en haut, en dedans et en arrière.

Le poumon, en effet, ne présente en dehors que 7 centimètres de hauteur, tandis qu'il en a 13 en dedans; sa surface inférieure est perforée d'un très-grand nombre de solutions de continuité, par lesquelles l'air passe par l'insufflation, mais qu'il nous a été impossible de constater à l'œil nu. Une autre solution de continuité, par laquelle l'air sort en faisant bouillonner le liquide, est située sur le bord interne et inférieur du poumon; cette ouverture présente un diamètre ovale de 4 centimètres sur 3; ses bords sont grisâtres, mousses, recouverts d'une fausse membrane mince et peu consistante; elle communique avec une caverne du volume d'un œuf de poule, dont les bords, anfractueux, inégaux, sont réunis par des columelles de substance pulmonaire, et recouverts par une fausse membrane blanc grisâtre, très-mince; trois bronches du troisième ordre pénètrent dans cette caverne; leur muqueuse est d'un rouge vineux, très-injectée, épaissie. Le poumon ne renfermait pas de tubercules.

La rate et les reins ne présentent rien de remarquable. Le péritoine, la muqueuse de l'estomac, de l'intestin et de la vessie, sont vivement injectés, et présentent des altérations que nous trouvons ordinairement après la période algide du choléra. La partie supérieure du tube digestif contient la matière blanche caractéristique. L'utérus et l'ovaire droit sont sains; l'ovaire gauche est remplacé par un kyste du volume d'un œuf de poule, contenant un liquide citrin, clair et transparent; ce kyste est régulier et lisse à sa surface, il tient à l'utérus par le ligament ovarien; la trompe s'appuie sur la partie supérieure du kyste, et on ne trouve aucun débris de l'ovaire lui-même.

Résumé. Un femme de trente ans, d'une constitution assez faible, entre à la Charité en janvier pour une affection qui est traitée comme une pleurésie. En juin, cette femme rentre de nouveau, et, outre les symptômes précédents, qui n'ont pas diminué, elle présente une tumeur abdominale volumineuse tenant au foie. Les forces de la malade diminuent, et sa santé générale s'altère peu à peu. Le 11 août, une ponction exploratrice donne issue à 1500 grammes de liquide incolore non albumineux.

Le kyste revient peu à peu sur lui-même, et, au mois d'octobre, la malade a repris ses forces et se croit presque guérie, lorsque, à l'occasion d'un effort, des douleurs se font sentir dans le côté droit de la poitrine; une ponction est inutilement tentée, et ce kyste s'ouvre dans la plèvre.

Le 24 octobre, à la suite d'une vomique, on constate un hydropneumotborax avec perforation pulmonaire, et la malade meurt dans un état asphyxique, après quarante-huit heures de diarrhée jaune bilieuse.

A l'*autopsie*, on trouve un kyste hydatique au lobe gauche du foie qui a notablement diminué de son volume primitif; un second kyste de la face supérieure du lobe droit du foie ayant perforé le diaphragme, puis refoulé le poumon; et enfin une large communication avec une caverne anfractueuse et des bronches.

Si ce dernier kyste avait pu être ponctionné en temps convenable, et avant d'avoir perforé le diaphragme, il est probable que, comme le kyste du lobe gauche du foie, il eût diminué de volume, serait revenu sur lui-même, et ne se serait ouvert ni dans la plèvre ni dans le poumon, et la guérison aurait pu avoir lieu.

L'observation suivante prouve encore que la guérison peut avoir lieu après plusieurs ponctions capillaires successives.

4° Tumeur hydatifère volumineuse du foie; deux ponctions capillaires à quelques mois d'intervalle; 1700 grammes de liquide limpide à la première ponction. Guérison.

Obs. VII. Vers la fin de l'année 1857, un jeune commis de magasin, âgé de vingt ans, de taille élevée, de forte constitution, système musculaire bien développé, vint consulter M. Boinet pour une grosseur qu'il portait au creux épigastrique; de plus, il éprouvait de temps en temps de mauvaises digestions, de la dyspepsie et quelquefois des vomissements; il n'avait jamais eu d'ictère; la respiration semblait un peu gênée; à l'exception de ces phénomènes, la santé ne paraissait nullement altérée. L'examen de ce malade fit constater que le creux épigastrique était le siége d'une voussure très-prononcée. La palpation, qui était un peu douloureuse, faisait reconnaître, au niveau de cette tumeur, une résistance élastique et une fluctuation manifeste; la percussion

donnait un son mat; tout indiquait, dit M. Boinet, l'existence d'un kyste hépatique; et, comme depuis quelque temps cette tumeur prenait des proportions plus grandes, que les troubles de la digestion et de la respiration devenaient et plus fréquents et plus sérieux, ce chirurgien conseilla de ponctionner cette tumeur avec un trocart capillaire, et de la vider de son contenu, se réservant de recourir aux injections iodées si le liquide n'était pas limpide. Ce jeune malade était conscrit de l'année 1858, et, dans l'espoir que cette affection l'exempterait du service militaire, ce qui eut lieu en effet, il désira renvoyer cette opération après le conseil de révision; mais la vérité était qu'il ne voulait pas se faire opérer. Plusieurs médecins qu'il avait consultés, et après M. Boinet, l'avaient engagé à garder son mal, lui déclarant que l'opération qu'on lui proposait était plus dangereuse que le mal lui-même, et probablement mortelle : en effet, le conseil de révision passé, le malade ajourna indéfiniment l'opération, jusqu'à ce que, voyant les phénomènes énoncés plus haut s'aggraver de plus en plus : difficulté de respirer, de digérer, etc., il fut forcé par sa famille d'aller de nouveau réclamer les soins de M. Boinet, qui lui conseilla de nouveau la ponction de la tumeur, ne lui laissant pas ignorer que si cette tumeur venait à se rompre, ce qui paraissait très à craindre, la mort s'ensuivrait très-promptement. Cette dernière raison le décida à entrer à la Maison municipale de santé. La tumeur avait considérablement augmenté, elle était douloureuse à la pression, et le malade exposé à des indigestions fréquentes. Le 18 juin 1858, il fut opéré par MM. Monot et Boinet. Une ponction capillaire donna issue à 1700 grammes de liquide aqueux, clair comme de l'eau de roche; la canule fut retirée avec toutes les précautions recommandées par M. Boinet dans ces opérations, et, huit jours après, ce jeune homme sortait bien portant de l'hôtel et reprenait ses occupations de commis. Pendant plusieurs mois, la guérison parut radicale. Dans le commencement de novembre, ce malade étant allé consulter M. Boinet, pour une indisposition d'une autre nature, ce médecin eut le désir de savoir ce qu'était devenu le kyste hydatifère : il reconnut que cette poche hydatique renfermait encore du liquide, et engagea son client à rentrer à la Maison de santé, avant que la maladie eût repris les proportions qu'elle avait la première fois. Une seconde ponction capillaire fut faite par MM. Demarquay et Boinet, et laissa sortir d'abord 250 à 300 grammes de liquide limpide; puis, la canule ayant été enfoncée un peu plus avant, 100 à 150 grammes d'un liquide clair, jaunâtre, et qui paraissait mélangé d'un peu de bile, s'écoula encore : la canule fut retirée. Les suites de cette ponction furent aussi simples que la première fois, et quatre jours après le malade avait quitté la Maison de santé et repris ses occupations. Depuis lors, sa santé a toujours été très-bonne, et rien n'indique le retour de la maladie.

Cette fois encore, les ponctions capillaires ont été exemptes de tout accident et suivies de guérison.

3° Nous allons passer maintenant à un autre ordre de faits, et rapporter des guérisons obtenues par l'usage de la sonde laissée à demeure et par les injections iodées.

Le fait suivant est une observation de kyste hydatique du foie, traité avec succès par des ponctions successives et la sonde à demeure, publié par le docteur G. Owen-Rees (*Archives générales de médecine*, t. XX, 4e série, p. 346; 1849).

Obs. VIII. Un homme de trente et un ans, robuste, éprouvait depuis deux ans une douleur dans le côté droit de l'abdomen, où une tumeur apparut bientôt après; la respiration était très-gênée, il y eut des nausées, plus tard des vomissements, jamais d'ictère; la percussion donnait de la matité dans toute la tumeur, et une sensation particulière de frémissement; trois ponctions successives furent faites : la première donna issue à du liquide transparent; les deux autres, à du pus mêlé de débris d'hydatides. On laissa une canule en gomme à demeure, après la troisième ponction; six mois après le début du traitement, la guérison eut lieu.

Cette observation offre un exemple de guérison par simple ponction avec séjour d'une sonde à demeure pendant plusieurs mois, pour permettre au kyste de revenir sur lui-même et de s'oblitérer.

5° Kyste hydatique du foie traité par les injections iodées; mort, autopsie. (Observation recueillie par M. le docteur Mesnet, ancien interne des hôpitaux, etc.) (1).

Obs. IX. Un homme de trente-trois ans, nommé Chaillot, charretier, de bonne constitution,

(1) *Revue médicale*, février 1853. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1853 (séance de la Société de chirurgie, novembre 1851).

jouissant habituellement d'une bonne santé, fut reçu à l'hôpital de la Charité, le 28 octobre 1851, et couché au n° 17 de la salle Saint-Louis.

Il raconte qu'il y a environ six ans, à la suite d'une peur qu'il éprouva, il eut une jaunisse qui dura douze jours, et qu'il fut malade pendant environ six semaines; puis il reprit ses travaux comme d'habitude et continua de se bien porter jusqu'au mois de mai 1851, où il fut pris brusquement d'une violente douleur dans le côté droit, douleur qui devenait plus forte pendant la respiration, et qui céda à trois saignées et à six vésicatoires. Vers le mois de juin 1851, sans cause connue, apparut de nouveau une jaunisse qui dura encore une douzaine de jours, sans trouble aucun ni malaise dans la santé générale ; puis sa santé redevint bonne et lui permit de reprendre ses occupations et toutes ses habitudes jusqu'au mois de septembre 1851 où, sans cause connue, il fut pris, vers la base de la poitrine, d'une douleur assez vive, accompagnée de fièvre et de dévoiement. La jaunisse reparut encore plus intense que jamais et n'a pas cessé depuis. Obligé de garder le lit, ses forces ont diminué de plus en plus, et à son entrée à l'hôpital il présente l'état suivant :

Il est jaune, notablement amaigri, mais n'éprouve aucun malaise, si ce n'est de l'oppression. L'appétit est conservé et les digestions sont bonnes; la respiration est normale des deux côtés; seulement, du côté droit, la sonorité n'existe qu'au sommet du poumon, cet organe paraissant refoulé et comprimé par le foie, qui a acquis un développement considérable. En effet, dans toute la partie inférieure et postérieure de la poitrine, en suivant une ligne qui de la sixième vertèbre dorsale passerait au-devant du mamelon, on trouve une matité prononcée. La partie supérieure de l'abdomen, qui est très-sensiblement élargie, surtout sur le côté droit, offre plusieurs saillies dues à diverses tumeurs abdominales qui paraissent appartenir au foie.

De chaque côté d'une ligne verticale descendant de l'appendice xiphoïde, immédiatement au-dessous des cartilages costaux, sont deux tumeurs à peu près égales en volume, arrondies, de 9 centimètres à peu près de diamètre, et qui semblent se continuer sous la paroi thoracique; elles sont indolores à la pression et mates dans toute leur étendue ; celle du côté gauche paraît mieux circonscrite et offre une dureté et une élasticité plus grandes que celle du côté droit.

Au-dessous de chacune de ces tumeurs, à droite et à gauche, au niveau de l'ombilic, sont encore deux autres tumeurs non appréciables à la vue, mais très-sensibles à la palpation; elles paraissent avoir le volume d'un œuf de poule et se continuer avec les tumeurs supérieures.

Enfin, dans l'hypochondre droit, au-dessous du rebord costal, est une cinquième tumeur, plus volumineuse et plus saillante que les autres; elle soulève la paroi thoracique et semble avoir son origine profondément dans la région du foie. Le son qu'elle donne est mat; elle est molle, élastique, douloureuse, et le siége d'une fluctuation très-manifeste. Dans les examens répétés auxquels elle a été soumise, elle n'a jamais donné le frémissement hydatique.

Les parois abdominales, dans la partie la plus saillante de cette tumeur, sont amincies et paraissent adhérentes à la tumeur, dont le flot du liquide ne paraît séparé du doigt, dans un point assez étendu, que par une enveloppe peu épaisse. Toute la peau qui recouvre cette tumeur est pâle, mate, et offre tous les caractères de la peau ayant été exposée à une inflammation sous-jacente. Si l'on fait coucher le malade sur le côté opposé à la tumeur, c'est-à-dire sur le côté gauche, celle-ci n'abandonne pas la paroi abdominale et semble faire corps avec elle, et la fluctuation y reste aussi évidente.

Le 29 octobre 1851, à l'aide d'un gros trocart, M. Boinet pratique une ponction dans cette tumeur dans le point où les parois abdominales paraissent le plus amincies et où la fluctuation est le plus manifeste : c'est-à-dire vers la partie inférieure de la tumeur, à 5 centimètres environ du rebord costal. Il ne sort aucun liquide par la canule, bien qu'on puisse la tourner librement dans tous les sens et qu'il ne soit pas douteux qu'elle a pénétré dans une vaste poche. Un stylet, une sonde cannelée, introduits dans la canule et enfoncés dans toute leur longueur, ne donnent pas un meilleur résultat. Après quelques minutes d'attente et de nombreuses manœuvres pour déboucher la canule, on voit apparaître quelques gouttes de pus, puis quelques lambeaux d'une membrane hydatique, puis un jet de pus qui se supprime aussitôt, et qu'il n'est plus possible de rétablir, malgré l'introduction nouvelle d'un stylet et d'une sonde cannelée. M. Boinet se décide alors à faire une incision. La canule est immédiatement retirée, et, sur le lieu même où il avait pratiqué la ponction, il fait une incision de 3 cen-

timètres d'étendue en coupant avec précaution, et couche par couche, la peau, les muscles et les aponévroses, puis enfin la poche du kyste, dans une étendue de 1 centimètre environ. A l'instant même il s'écoule avec facilité, la plaie étant tenue ouverte à l'aide d'un dilatateur, un pus jaune, assez bien lié, inodore, mélangé de poches hydatiques de différents volumes, les unes transparentes, les autres blanches, opaques et plus ou moins épaissies. Ces vésicules, au nombre d'une vingtaine, sont toutes ouvertes et pèsent avec le pus qui s'est écoulé 1,050 gramme. Cette poche hydatique paraissant tout à fait vidée, M. Boinet injecte environ 75 à 80 grammes d'une préparation composée de

Teinture d'iode..... } āā 50 grammes,
Eau distillée..... }
Iodure de potassium.. 2 grammes,

au moyen d'une grosse sonde de gomme élastique enfoncée jusqu'au fond du sac. Cette injection, laissée environ cinq minutes, ne produit aucune douleur et s'écoule presque en totalité par la sonde. Un pansement simple et un cataplasme sont appliqués sur la plaie, et par-dessus un bandage de corps. Après cette opération, qui a eu pour résultat immédiat de vider cette tumeur et d'y faire une injection iodée, le malade se trouve parfaitement bien, respire mieux, a moins d'oppression. Les autres tumeurs n'ont en rien été modifiées par cette ponction et conservent le volume et les caractères indiqués plus haut.

Le 30, vingt-quatre heures après l'opération, le malade est dans l'état le plus satisfaisant; la journée et la nuit ont été bonnes, ni douleur, ni malaise. Le malade a bien dormi et éprouve un bien-être inaccoutumé. Ce matin, il est calme, sans mal à la tête; le pouls est à 82, plein et bon; le ventre n'est ni tendu, ni douloureux à la pression. La région occupée par la tumeur est beaucoup moins saillante, et un liquide légèrement coloré par l'iode s'est écoulé par la plaie et a taché les pièces du pansement. La plaie présente un pertuis du volume d'un tuyau de plume par où suinte le liquide coloré dont je viens de parler. Langue bonne, point de nausées, ni vomissements, ni coliques, urines et garde-robes faciles, de couleur normale, jaune brunâtre, sans décoloration des matières. On recommande au malade l'immobilité la plus absolue. — Cataplasmes, trois bouillons.

Le 31. L'état d'hier se continue exactement le même; nous n'avons à noter ni fièvre, ni malaise, ni frissons. Le malade, dont le sommeil a été bon cette nuit, n'a éprouvé ni chaleur, ni douleur dans l'hypochondre, dans le ventre, etc. On continue les cataplasmes sur le ventre en les renouvelant toutes les cinq ou six heures. A chaque pansement on trouve sur chaque cataplasme deux, trois, quatre poches hydatiques déchirées et de volume variable; quelques-unes cependant sortent intactes. Il s'écoule de la teinture iodique. La quantité de l'écoulement est difficile à évaluer, mais tout au plus suffisante pour tacher les pièces du pansement. Le pouls est à 80. La peau est bonne, sans chaleur ni sueur; toutes les fonctions se font bien.

Les jours suivants, jusqu'au 6 novembre, rien à noter. L'état général du malade est excellent; la peau de la face et de la région antérieure de la poitrine paraît moins jaune, l'appétit est revenu, et le malade, tenu les premiers jours à l'usage des bouillons, mange une portion.

A cette époque, le malade éprouve dans la journée un frisson qui dure environ une demi-heure, après quoi il se réchauffe et éprouve une légère transpiration. Dans la soirée, le pouls est à 110, la peau chaude, un peu humide; mais le malade se trouve bien et sans malaise, il attribue ce frisson à du pain et à de la viande qu'il aurait mangés pour la première fois depuis qu'il est à l'hôpital. La nuit a été bonne.

Le 7 au matin, les linges du pansement sont à peine tachés. La matière qui s'est écoulée a une odeur fort désagréable et n'est plus colorée par l'iode. Le ventre et l'hypochondre droit ne sont ni tendus ni douloureux, le pouls est à 90, la respiration est facile. Il est probable que l'ouverture du sac est bouchée par une hydatide qui, en empêchant la sortie du pus, aura été cause du croupissement de ce liquide, et par suite, du frisson. L'absence de l'iode dans le pus qui s'écoule, l'odeur infecte de la suppuration, engagent à pratiquer une nouvelle injection iodée.

Sur un stylet introduit dans le kyste, M. Boinet glisse jusqu'au fond de la poche une sonde de gomme élastique du plus gros calibre; il sort environ 50 grammes de pus épais, jaune verdâtre, fétide, mélangé de quelques membranes hydatiques rompues, puis il injecte par la sonde environ 80 grammes de teinture iodée, préparée comme pour la première fois. L'injection reste dans le kyste pendant cinq à six minutes, puis il en ressort à peu près la moitié. Cette seconde in-

jection n'a produit aucune douleur, aucun malaise, et n'a donné lieu à aucun phénomène notable. Le malade accuse seulement un peu de cuisson à l'endroit de la plaie extérieure qui a été touché par l'iode. La sonde retirée, le malade a été pansé, comme précédemment. La journée a été bonne, il n'est pas revenu de frissons, la chaleur de la peau n'a point varié, et le malade a dormi toute la nuit.

Le 8. État très-satisfaisant. L'appétit est revenu, le pouls est à 85; point de douleurs ni dans le ventre, ni dans l'hypochondre. Il s'écoule constamment par la plaie un liquide purulent, coloré par l'iode, mais beaucoup moins infect. Des poches hydatiques plus ou moins volumineuses sortent en même temps. Des cataplasmes sont continués tous les jours. Le malade mange une portion.

Du 9 au 16, l'état du malade reste le même; il n'a ni frissons, ni fièvre, ni toux, ni dévoiement. Les garde-robes sont de couleur normale; le teint semble notablement moins jaune; les nuits sont bonnes. Le malade continue de manger une portion; l'écoulement a diminué chaque jour et ne contient plus, depuis le 9, de débris d'hydatides.

Dans la journée du 17, le malade éprouve deux ou trois frissons légers et de peu de durée. La nuit a été moins bonne que les précédentes.

Le 18. A la visite du matin, M. Boinet pratique une nouvelle injection, composée comme les précédentes, et d'environ 100 grammes de liquide iodé. Cette injection reste presque tout entière dans la cavité du kyste.

Dans le courant de la journée, le malade vomit une petite quantité d'aliments pris le matin, le pouls est à 110; le malaise général qu'il éprouve se prolonge jusqu'au soir et se termine par quelques frissons passagers. Le malade a dormi la nuit, mais il a eu beaucoup de rêvasseries.

Le 19 et le 20, le malade se trouve mieux, il est calme, le pouls est à 100, la chaleur de la peau est modérée, la teinte ictérique paraît plus prononcée. Il s'écoule peu de chose par la plaie, ni toux ni dévoiement. Il demande à manger, on lui redonne une portion.

Le 21, le malade se plaint de quelques douleurs, d'un sentiment de tension vers l'hypochondre droit. Dans la journée on aperçoit une poche idatique engagée dans la plaie et à moitié sortie. Elle s'oppose à tout écoulement de liquide; elle est retirée avec les doigts, et sa sortie est immédiatement suivie d'un flot de liquide séro-purulent, légèrement roussâtre, mélangé de grumeaux blancs, et d'une odeur insupportable. La poche hydatique avait au moins le volume du poing, et la quantité du liquide peut être évaluée à 300 grammes. Trois selles liquides, fétides, dans le courant du jour; point de frissons, point de sueurs, point de toux ni douleurs dans la poitrine ou le ventre, pouls à 100. Teinte ictérique de la face plus prononcée.

Rien de nouveau jusqu'au 25, où le malade ressent un frisson qui dure une heure et demie. Les jours suivants, le malade a deux ou trois garde-robes fétides, ayant l'odeur des matières qui coulent par la plaie; la matité de la poitrine, du côté droit, est beaucoup moins étendue qu'avant la ponction et les injections, la tumeur qui formait le kyste paraît avoir considérablement diminué. Point de toux ni râles; le malade dit avoir expectoré trois ou quatre crachats ayant le goût et l'odeur de l'injection iodée. Le pouls est constamment de 100 à 110. Le liquide du kyste s'écoulant avec beaucoup de difficulté à cause de la position, on fait des injections plus fréquentes dans le but de laver le kyste, d'empêcher le pus de devenir infect, et de favoriser le rapprochement des parois en l'excitant légèrement. Tous les trois jours on injecte 80 à 100 grammes de la préparation suivante :

Eau distillée.	90 grammes.
Teinture d'iode	10 —
Iodure de potassium . .	25 centigrammes.

Le malade continue de manger une portion.

Jusqu'aux premiers jours de décembre nous n'avons rien de particulier à noter du côté du kyste; mais l'état général devient de moins en moins bon; l'appétit diminue, et le malade se contente de quelques bouillons. L'amaigrissement va croissant; de temps en temps dans la journée, mais surtout le soir, surviennent des bouffées de chaleur qui se terminent par une légère sueur. La respiration est facile, point de toux, état de somnolence presque continu, pendant lequel il y a des rêvasseries; toujours deux ou trois selles fétides chaque jour, point de coliques, point de ballonnement du ventre; la bouche est mauvaise, la langue pâteuse. La teinte jaune de la peau est bien plus intense et a considérablement augmenté depuis quelques jours.

Le 10 décembre il y a aggravation dans l'état du malade; il a peine à se remuer dans son lit,

la parole devient difficile, la langue s'embarrasse, les garde-robes sont involontaires, il n'accuse pour toute souffrance qu'une douleur sourde et continue dans l'hypochondre gauche. L'émaciation est à sa dernière limite; il succombe le 12, à trois heures de l'après-midi.

A l'*autopsie*, faite par M. le docteur Mesnet, interne du service, les intestins se présentent distendus par des gaz, sans rougeur et sans adhérences, excepté dans les points qui avoisinent le foie. Il n'y a point d'épanchement dans la cavité péritonéale.

Le foie est à peu près double de son volume normal; il s'étend en hauteur et en avant depuis la quatrième côte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal; en arrière il s'élève jusqu'à la cinquième ou sixième côte. Il s'étend en travers de l'un à l'autre hypochondre. Son bord gauche recouvre le bord supérieur de la rate; son bord droit occupe la partie supérieure du flanc du même côté et a contracté avec le rein de telles adhérences, que le rein doublé de volume est logé dans une dépression du foie et fait corps avec lui, tout en conservant ses enveloppes normales. Par toute sa surface du lobe droit, le foie adhérait avec les parties voisines; le lobe gauche était libre dans toute son étendue. La surface convexe, en rapport avec le diaphragme, était tellement soudée à ce muscle et à toute la surface de la base du poumon droit, qu'il a été impossible de la séparer et qu'il a fallu couper le tissu pulmonaire pour extraire le foie. Ces adhérences ne dépassaient pas la ligne médiane, c'est-à-dire le ligament suspenseur.

Le bord postérieur du foie et sa grosse extrémité étaient unis de telle façon aux parois des côtes correspondantes, qu'on a dû, pour les séparer, emporter avec le scalpel toutes les adhérences.

Par sa face inférieure, le foie était également uni aux différentes portions de l'intestin, avec lesquelles il était en rapport.

L'ouverture du canal cholédoque était libre.

Mis a découvert, le foie offre une altération profonde de tout le lobe droit, au moins doublé de volume. Le tissu hépatique a presque complétement disparu. Il est réduit à des lames d'un demi-centimètre à un centimètre d'épaisseur, existant çà et là entre les parois de poches hydatiques nombreuses que nous allons décrire.

Ce lobe renferme une vingtaine de kystes hydatiques de volumes différents; les uns saillants à la surface du foie, les autres cachés dans la profondeur de l'organe. La vésicule biliaire a disparu; sa place est occupée par quatre kystes situés à la face inférieure du foie. L'un d'eux a le volume du poing, est piriforme, a des parois dures, cartilagineuses, osseuses en différents points (comme le sont les incrustations de l'aorte chez les vieillards), et contient dans son intérieur un grand nombre de vésicules hydatiques, dont les membranes rompues nagent au milieu d'un liquide séro-purulent, grisâtre, fétide. Ce kyste a la forme et la place de la vésicule, mais il a été impossible de lui trouver d'autres caractères communs avec cet organe; il ne présentait point de traces du canal cystique; il était entouré d'une masse blanchâtre, fibreuse, qui pouvait aussi bien être le reste de la vésicule du fiel, atrophiée, disparue par la compression.

La description de tous ces kystes peut être faite dans les termes généraux qui suivent. Les uns contiennent du liquide et des poches hydatiques plus ou moins nombreuses, les autres sont solides, c'est à-dire ne donnent, par l'incision, écoulement à aucun liquide, et n'offrent autre chose que des membranes minces, les unes transparentes, les autres opaques, imbriquées les unes sur les autres, et présentant l'aspect de la coupe transversale d'un bourgeon lorsque les pétales ne sont encore point étalées.

Celles d'entre ces poches qui contiennent du liquide, et ce sont les plus nombreuses, renferment toutes, à l'exception de deux, un liquide puriforme, grisâtre, mal lié, floconneux, au milieu duquel nagent des membranes hydatiques déchirées, pour la plupart du volume d'une bille de billard.

Les deux poches qui font exception contiennent le liquide clair, limpide, des kystes non suppurés, et renferment chacune une douzaine de vésicules transparentes, sphériques.

L'examen plus spécial de la poche où ont été faites les injections iodées nous montre que la ponction avait été pratiquée au bord inférieur du foie, sur la paroi antérieure d'un kyste très-volumineux, dont la surface était fortement adhérente à la paroi abdominale.

Le kyste, qui au moment de la ponction était du volume d'une tête d'enfant au moins et remplissait le flanc droit, ne dépassait plus sensiblement le bord inférieur du foie : sa cavité, revenue sur elle-même, froncée dans toute son étendue, contenait quelques cuillerées de liquide jaune brunâtre, floconneux, très-odorant, et deux vési-

cules hydatiques plus volumineuses que le poing.

La membrane qui tapissait le kyste, détachée dans presque toute son étendue, était en voie d'élimination : deux points seulement la retenaient adhérente. Par sa partie supérieure, ce kyste communiquait avec un autre plus spacieux que lui, occupant presque tout le lobe droit du foie, remontant jusqu'à la surface de l'organe, la dépassant même, et s'étendant jusque dans le tissu du poumon droit, que nous avons déjà indiqué comme étant par sa base adhérent à la face convexe du foie, de telle sorte qu'il avait été impossible de les séparer. Il est certain qu'en ce point il nous a été impossible de trouver la limite naturelle que forme le diaphragme. (Le muscle avait disparu, et le tissu même du poumon, recouvert d'une membrane mince, grisâtre, baignée de pus, formait la limite la plus reculée de cette vaste poche hydatique.) Ainsi la poche dans laquelle l'injection iodée avait été faite semblait, par l'intermédiaire d'une seconde, communiquer avec le poumon. Cette disposition serait, du reste, assez bien d'accord avec certains phénomènes éprouvés par le malade, tels que le goût de l'iode lui venant quelquefois à la suite de toux et l'expectoration de crachats iodés.

Le tissu propre du foie avait donc presque disparu dans le lobe droit envahi par cette multitude de kystes hydatiques.

Le lobe gauche et les conduits biliaires ont offert une lésion bien remarquable, qui n'est décrite nulle part, et que nous indiquerons seulement parce qu'elle est étrangère à notre sujet. Dans toute l'étendue des conduits biliaires, on trouve des tubes partout continus, se divisant et se subdivisant comme les conduits eux-mêmes, canaliculés jusque dans leurs divisions les plus fines, libres au milieu du canal, pouvant s'extraire par une légère traction, et présentant un calibre d'autant moins considérable, des divisions d'autant plus multipliées qu'on se rapproche davantage de la surface du foie. Les canaux biliaires qui renferment ces tubes sont dilatés. Les uns sont tapissés de leur muqueuse, les autres n'offrent plus que des fragments de cette membrane : tous contiennent dans leur cavité un mélange de bile et de pus.

Comme complément de l'autopsie, j'ajouterai : les poumons étaient sains, libres d'adhérences par toute leur surface, à l'exception de la base du poumon droit, fixée entièrement à la face convexe du foie, comme nous l'avons déjà indiqué, et formant la paroi supérieure de cette vaste poche hydatique qui occupait tout le lobe droit du foie. Le poumon droit était réduit à moitié de son volume normal; son tissu était souple, élastique.

L'intestin, ouvert dans toute sa longueur, n'a offert aucune trace d'altération.

Le grand épiploon contenait au point de réunion de ses deux feuillets, le long de la grande courbure de l'estomac, deux kystes hydatiques : l'un du volume d'un gros œuf, l'autre du volume d'une noix. Les parois de ces kystes étaient épaissies, blanchâtres; le liquide qu'ils contenaient était un mélange de pus et de détritus de vésicules hydatiques; ils étaient surtout remarquables par le nombre considérable de membranes hydatiques qu'ils renfermaient.

Dans le cul-de-sac recto-vésical que forme le péritoine en se réfléchissant de la paroi postérieure de la vessie sur le rectum, dans le tissu cellulaire qui réunit la tunique séreuse au plan musculaire de la vessie, existait une tumeur du volume et de la forme d'un œuf de pigeon. C'était encore un kyste hydatique rempli complétement de membranes fines, transparentes, imbriquées entre elles.

Les reins étaient un peu plus volumineux qu'à l'état normal. Le cœur était sain. La rate, doublée au moins de volume, était gorgée de sang; son tissu légèrement ramolli.

Nous avons rapporté longuement cette observation, parce qu'elle a été le point de départ des injections iodées dans les kystes du foie, et qu'elle nous paraît avoir une valeur très-grande au point de vue du traitement de ces affections. Comme effet immédiat, nous ferons remarquer qu'il faut noter l'absence de tous phénomènes inflammatoires appréciables, résultat du contact de la teinture d'iode avec la poche hydatique; les huit jours qui suivent l'opération se passent sans fièvre, sans malaise, sans frissons, sans douleur à l'hypogastre; au huitième jour, survient un frisson qui est pour le chirurgien l'indication d'une nouvelle injection. Celle-ci, pas plus que la première, n'amène de troubles inflammatoires; l'action de l'iode n'a donc eu dans ce cas qu'un effet sinon nul, au moins très-modéré, tout en produisant cependant un travail particulier que l'autopsie a permis d'apprécier; et, en effet, la membrane qui tapissait la cavité du kyste était détachée dans presque toute son étendue, deux points seulement la retenaient encore adhérente; elle

était donc en voie d'élimination, quand la mort est venue surprendre le malade; j'ajouterai que probablement le malade aurait trouvé la guérison dans cette opération si le kyste du foie avait été unique, si l'opération avait été pratiquée plus tôt et avant l'existence de désordres dus à la marche envahissante de la maladie.

Les observations suivantes vont démontrer la valeur de cette nouvelle méthode opératoire, et confirmer les avantages des injections iodées dans les kystes hydatiques du foie.

6° Kyste hydatique du foie; dix ponctions successives avec le trocart capillaire; injection iodée après la dixième ponction. Guérison.

Obs. X. — B..... (Adolphe), âgé de trente et un ans, moulineur, entra, le 11 août 1852, dans le service de M. Aran, à la Pitié. Il souffrait depuis deux ans d'une chute de 10 mètres de haut sur le pavé et d'une contusion à la base de la poitrine, du côté droit. Lorsque M. Aran put l'examiner, il se plaignit d'un malaise dans la partie droite de la poitrine et d'une gêne dans la respiration. La matité du foie se constatait dans une hauteur de 15 à 20 centimètres. Cet organe dépassait de cinq travers de doigt les fausses côtes et s'étendait largement dans l'hypochondre gauche; les fausses côtes droites étaient repoussées en dehors et une voussure très-marquée se montrait au-dessous du mamelon droit; on ne pouvait point trouver de frémissement hydatique, mais il existait un bruit de frottement péritonéal.

Une première ponction exploratrice, faite le 17 août avec un trocart capillaire porté à 8 centimètres de profondeur, laissa couler 360 à 380 grammes d'un liquide transparent et clair comme de l'eau de roche. Le lendemain, cet homme se trouvait bien soulagé : la voussure avait beaucoup diminué, le foie ne mesurait plus que 13 ou 14 centimètres; mais, au bout de quatre jours, de la douleur reparut au niveau du mamelon. Le 5 septembre, nouvelle ponction avec issue de 250 à 300 grammes de liquide trouble, teint de quelques gouttes de sang qui se coagule par la chaleur; soulagement très-grand; diminution de la voussure; mais le déplacement du foie par en bas n'a point beaucoup varié. Le 20, troisième ponction : sortie de 100 à 125 grammes d'un liquide un peu trouble. Quelque temps après, il se manifeste des douleurs profondes dans la partie antérieure de l'hypochondre gauche. M. Aran, pensant à un second kyste, pratiqua une ponction dans le lobe gauche du foie. Cette ponction ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang d'un beau rouge; elle ne fut suivie d'aucun accident. Le 18 octobre, quatrième ponction dans le lobe droit : issue de 125 grammes d'un liquide un peu trouble, séreux. Le 27, cinquième ponction : sortie de 750 grammes d'un liquide trouble, jaune rougeâtre, paraissant contenir du pus et des matières grasses. Sixième ponction, le 11 novembre; la canule se fausse en l'introduisant; il ne sort que 60 grammes d'un liquide trouble, jaune rougeâtre. Septième ponction, le 20 novembre : 125 grammes d'un liquide trouble, légèrement sanguinolent; les matières grasses y sont plus abondantes. Huitième ponction, sans résultat, le 10 décembre. Neuvième ponction, le 18. Cette fois, par des efforts énergiques du malade, aidés par le refoulement des organes abdominaux, on parvient à retirer 400 grammes d'un liquide toujours trouble, un peu sanguinolent, et chargé de matières grasses. Dixième et dernière ponction le 5 janvier 1853 : évacuation de 250 grammes d'un liquide semblable aux précédents. Cette fois, M. Aran injecta dans l'intérieur du kyste un mélange de 50 grammes de teinture d'iode et autant d'eau distillée, avec addition de 4 grammes d'iodure de potassium. Il abandonna le liquide dans le kyste et appliqua un bandage serré autour de l'abdomen; pas de douleurs pendant ni après l'injection. Le malade éprouva, pendant quarante-huit heures, quelques phénomènes d'iodisme; mais, au bout de quatre jours, tout était rentré dans le calme; l'iode a été peu à peu éliminé par la salive et les urines. Toutes ces ponctions ont été faites avec le trocart capillaire, le malade couché sur le dos, et préalablement endormi avec le chloroforme. L'instrument était plongé obliquement en dehors et à droite de l'épigastre, puis dirigé de haut en bas et de gauche à droite, à une profondeur de 7 à 8 centimètres.

La première ponction a été suivie d'une grande diminution dans la voussure et dans la hauteur de la matité hépatique, mais la modification fut peu marquée après les deux autres; ce fut seulement à partir de la quatrième ponction qu'on put constater une nouvelle et sensible rétraction du foie dans le sens vertical. Après l'injection iodée et lors de la sortie du malade de l'hôpital, le 10 mars, le foie continuait à dépasser le rebord des fausses côtes de deux et demi à trois travers de doigt. Quoi qu'il en soit, à partir de l'injec-

tion iodée, cet homme a cessé entièrement de souffrir dans la région du foie ; en même temps, les forces et l'embonpoint sont devenus des plus remarquables, et le malade, gardé jusqu'au mois de mars à l'hôpital, n'a point vu sa guérison se démentir.

M. Aran fait constater avec raison combien toutes ces ponctions ont été innocentes; pas la moindre douleur, pas de réaction.

7° Kyste hydatique du foie; ponction avec le trocart explorateur; injection iodée. Guérison.

Obs. XI. — F..... (Adolphe), âgé de trente-sept ans, peintre en bâtiments, entra à l'hôpital Saint-Antoine, le 27 juin 1854, dans le service de M. Aran. Cet homme souffrait depuis deux ans d'une douleur dans le côté droit; après une scarlatine grave, il vit cette douleur s'exaspérer. On constata que le foie dépassait le rebord des fausses côtes à l'épigastre de trois à quatre travers de doigt; mais sous les fausses côtes, en dehors, il ne les débordait que d'un ou deux. Le foie était douloureux à la percussion. Une pression exercée entre les côtes en arrière, la main opposée étant placée en avant, fit éprouver une espèce de ballottement, une fluctuation profonde, sans frémissement hydatique. Le malade éprouvait profondément dans le foie des douleurs vives qui le forçaient à rester couché la plupart du temps. Ces douleurs remontaient vers l'épaule; elles s'irradiaient dans le dos et descendaient vers la région externe du foie. Pas d'altération des fonctions nutritives.

Le 1er août, après avoir de nouveau constaté la fluctuation dans le foie, M. Aran plongea un trocart capillaire dans l'hypochondre droit, à 2 centimètres de la ligne blanche, et à 3 centimètres environ du rebord des fausses côtes droites. L'instrument fut dirigé de bas en haut et de gauche à droite. Lorsqu'il fut parvenu à 5 centimètres de profondeur, M. Aran retira l'aiguille, rien ne s'écoula ; il replaça l'aiguille, et, poussant le trocart dans la même direction, à 8 et 9 centimètres de profondeur, il vit s'écouler, en retirant l'aiguille, un liquide incolore comme de l'eau de roche; 750 grammes sortirent : ils ne contenaient ni débris organiques, ni albumine. M. Aran injecta immédiatement : teinture d'iode, 50 grammes; eau distillée, 50 grammes; iodure de potassium, 2 grammes. L'injection fut abandonnée dans le kyste; cette injection ne détermina aucune douleur. Une heure après, quelques phénomènes d'iodisme, accompagnés d'une réaction générale assez intense, se manifestèrent et durèrent jusqu'au 6 août. A partir de cette époque, l'amélioration fit chaque jour des progrès; le foie diminua de volume, l'hypochondre cessa d'être douloureux.

Le 1er septembre, il ne restait qu'un peu de sensibilité à la pression entre les dernières fausses côtes en dehors, saillie de l'hypochondre très-peu marquée, état général très-satisfaisant, bon appétit.

8° Service de M. Nélaton; thèse de Cadet de Gassicourt, 1856.

Obs. XII. — Le 25 mars 1854, un homme âgé de trente-six ans entra dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital des Cliniques. Cet homme, d'une bonne constitution antérieure, se plaignait d'éprouver depuis un an environ, sans cause connue, de la pesanteur dans le côté droit de l'abdomen, et plus tard de la gêne dans la respiration, gêne qui a toujours augmenté depuis. Il y a six mois, il reconnut la présence d'une tumeur à la région hépatique; cette tumeur a pris un accroissement graduel, jusqu'au moment où il se présente à la consultation. Jamais d'ictère ni de douleur dans l'épaule droite; mais, depuis quelque temps, il sent ses forces et son embonpoint diminuer, l'appétit est faible, les digestions se font mal.

A son entrée, voici l'état dans lequel il se présenta : pâleur et teinte terreuse de la peau, maigreur remarquable, état général de faiblesse; pas de fièvre ; nul autre phénomène particulier. En examinant l'abdomen, on trouve à la partie latérale droite une tumeur volumineuse, qui fait saillie et pousse devant elle la paroi abdominale, et qui, d'une part, descend jusqu'au niveau de l'ombilic, tandis qu'elle remonte, en s'enfonçant sous les côtes, jusqu'à 4 centimètres au-dessous du mamelon. Cette tumeur est indolente, sans changement de couleur à la peau, molle, fluctuante, mate à la percussion; dans toute son étendue, elle ne présente pas le frémissement hydatique caractéristique. Cependant M. Nélaton, après un examen attentif, reconnut que la tumeur siégeait dans le foie, repoussa l'idée d'un cancer ou d'un abcès, et diagnostiqua un kyste probablement hydatique.

Le 27 mars, on appliqua la potasse caustique sur le point saillant de la tumeur, et dix jours

plus tard, lorsque les adhérences entre le foie et la paroi abdominale furent établies, M. Nélaton enfonça d'abord une aiguille à cataracte, et, après avoir vu sourdre quelques gouttelettes de pus, donna un coup de trocart dans la tumeur. Il sortit bientôt par la canule une quantité considérable de pus (1 litre environ), entraînant avec lui des corps vésiculeux reconnus aussitôt pour des hydatides. Après avoir laissé couler le pus et lavé l'intérieur de la poche avec un courant d'eau tiède, M. Nélaton fit immédiatement une injection iodée qui dut être renouvelée le soir, et remplaça la canule ou trocart par une sonde en gomme à demeure dans l'orifice fistuleux ; cette sonde s'enfonçait de 11 centimètres et demi.

Le 6 avril, issue de pus mêlé de débris d'hydatides. Injection iodée matin et soir.

Le 7. Le matin, en débouchant la sonde, on s'aperçut que le pus qui s'échappait du foyer était mêlé de bile.

La 8. La quantité de bile fut plus considérable encore.

Le 9, La bile sortit pure, et sans mélange de pus (un quart de litre environ). M. Nélaton supposa qu'il s'était fait dans la poche un travail ulcératif correspondant à un canal hépatique ou à la vésicule biliaire. Il est probable que la bile était versée au dehors, presque en totalité, par cette voie nouvelle, car les matières fécales étaient gris blanchâtre, semblables à de l'argile. Cependant les fonctions digestives s'accomplissaient avec régularité, et le malade ne se plaignait nullement.

Cet état se prolongea pendant huit jours, du 7 au 15, et pendant ce laps de temps il ne sortit pas de pus par la sonde ; le kyste ne semblait contenir que de la bile. Du 7 au 15, les injections iodées furent interrompues.

Le 15 au soir, en débouchant la sonde, on vit sortir un mélange de bile et de pus, et le lendemain matin on ne trouva que du pus. Les injections iodées furent reprises immédiatement.

Le 18. Le même phénomène qui s'était présenté le 7 se reproduisit, le pus était mêlé de bile.

Le 19. La bile était pure, et elle coula ainsi jusqu'au 27. A cette époque, le pus reparut, et le phénomène ne se reproduisit plus.

De cette époque jusqu'à son départ, qui eut lieu à la fin du mois de mai, le malade marcha assez rapidement vers la guérison. On employait conjointement les injections chlorées et iodées. Enfin, quand il sortit de l'hôpital, sans avoir présenté d'autres symptômes intéressants, il n'avait plus qu'une petite fistule profonde de 8 centimètres à peine, d'où s'écoulait encore un peu de pus.

J'ai revu ce malade au mois d'octobre 1854 ; la fistule était fermée, et la plaie entièrement cicatrisée. La santé générale était excellente.

9° Kyste de la face convexe du foie ; traitement par l'injection iodée, méthode de Récamier. Mort, autopsie. (Thèse de M Dolbeau, 1856.)

Obs. XIII. — M....., âgée de vingt-sept ans. Sa santé a toujours été bonne ; elle entre à l'hôpital pour une affection utérine, caractérisée par des pertes de sang peu abondantes. L'examen de l'organe a démontré seulement l'existence de quelques granulations du col ; toutes les fonctions s'exécutent bien, il faut en excepter toutefois la menstruation.

En examinant avec soin la malade, on s'aperçoit bientôt qu'elle porte dans le ventre une tumeur volumineuse. Voici les renseignements fournis par la malade : au mois d'octobre 1848, elle fut prise tout à coup d'une douleur vive de la région du foie ; quelques sangsues furent appliquées, mais rien de notable du côté du foie ; deux mois après, elle était bien, et elle se mit en ménage.

En juillet 1849, on lui fait remarquer que le côté droit de son corps était plus volumineux que le gauche ; vient ensuite une grossesse heureuse, qui se termine par un accouchement. Le côté droit continue d'augmenter, mais sans la moindre douleur. Une année plus tard, deuxième grossesse pénible ; cette fois, accouchement laborieux ; enfant mort.

État actuel, février 1854. Toute la région hépatique et ses environs sont plus tendus que d'habitude, il y a un défaut prononcé de symétrie entre les deux côtés ; vu de profil, le diamètre antéro-postérieur de la région paraît augmenté.

L'abdomen renferme une tumeur que la percussion permet de limiter exactement. En effet, depuis la clavicule droite, on trouve de la sonorité jusqu'à la troisième côte ; à partir de ce point, matité absolue jusqu'à une ligne passant par l'ombilic. Du côté gauche, l'absence de son existe à partir de la cinquième côte.

Par la palpation, on circonscrit très-bien la tu-

meur ; sa consistance varie ; dure vers le bas, elle est manifestement fluctuante au-dessous des côtes et à la région épigastrique. Le frémissement hydatique manque complétement ; l'auscultation montre l'absence du murmure vésiculaire dans la partie inférieure du thorax. Digestions bonnes, constipation légère.

Respiration pénible, dyspnée pendant la marche, légère toux sans expectoration.

La malade se tient au lit, la tête élevée, soit sur le dos, soit sur le côté droit ; si elle se couche à gauche, immédiatement elle manque de respiration.

Comme sensation, la malade indique de la gêne, de la douleur, de la tension dans le côté, mais pas autre chose.

Quelle est cette maladie ? On porte sans hésiter le diagnostic d'un kyste hydatique du foie ; tous les symptômes réunis : tumeur d'un grand volume, indolente, fluctuante, le degré de fréquence de cette affection, la situation de la tumeur.

Le 28. Application de pâte de Vienne dans un point correspondant au bord externe du muscle droit, à 2 centimètres 1/2 au-dessous du rebord des côtes.

Le 4 mars. Seconde application de caustique, légère réaction ; repos au lit.

Le 20 avril, on continue les applications de caustique. Le malade, qui d'abord allait assez bien, présente une altération notable dans sa santé ; des frissons se montrent de temps en temps. Il y a huit jours, M. Nélaton a plongé une aiguille à cataracte, afin de juger de la distance séparant le kyste des téguments. Cette exploration, qui paraissait sans danger, a été le point de départ des accidents (dyspnée, douleurs épigastriques, vomissements, pouls très-fréquent, petit, irrégulier). On diagnostique une péritonite de la surface diaphragmatique. — Vésicatoire, onctions mercurielles.

Le 23, on a fait une ponction à travers l'escarre, et elle a donné issue à 2 litres 12 centilitres d'un liquide un peu trouble, renfermant des pellicules blanchâtres et d'une odeur très-fétide.

Le 25. La ponction n'a déterminé aucun accident ; le pouls est un peu moins fréquent, mais la matité remonte toujours jusqu'à la troisième côte.

Le 27. La canule a été laissée en place, ce qui permet de faire écouler le liquide ; celui-ci est plus épais, plus fétide, plus jaune, que la première fois. Du reste, la voie n'est pas bien établie ; la canule est trop fine et l'écoulement se fait mal. — Injection de :

Eau.....	150	grammes.
Teinture d'iode.....	50	—
Iodure de potassium...	2	—

Le 30. L'injection n'a pu être évacuée ; la canule est sortie. Une nouvelle ponction ne donne pas issue au liquide du kyste.

Le 3 mai. La malade, qui semblait mieux, a été prise de nouveaux accidents ; elle se plaint de douleurs à la gorge, avec sécheresse extrême ; elle ne peut rien avaler.

Le 6, l'état général est plus grave.

Le 7, la malade succombe sans rien présenter de remarquable.

Autopsie. Femme un peu amaigrie ; la peau présente une teinte jaune-paille assez prononcée. La paroi abdominale est disséquée ; dans aucun point on ne trouve d'adhérences ; il y a seulement quelques brides très-faibles à côté des piqûres. La ponction a été faite à peu près au centre de la tumeur : la tumeur adhère à la face inférieure du diaphragme, il y a là les traces d'une péritonite ; l'épiploon, qui était plissé au-devant de la tumeur, a été traversé par le trocart.

Le foie est volumineux et s'étend jusque dans l'hypochondre gauche, qu'il remplit ; la division en deux lobes existe encore : le gauche a le volume d'un lobe droit ordinaire ; le lobe droit n'existe que par en bas ; en haut, il est surmonté par un kyste développé dans son épaisseur ; ce kyste est fluctuant, renferme des gaz, car il est manifestement sonore ; ce kyste remplit les deux hypochondres et l'épigastre, il refoule le diaphragme, et atteint à droite la troisième côte, à gauche la quatrième.

Les parois du kyste sont épaisses d'un centimètre, et, dans cette épaisseur, le tissu hépatique entre au moins pour moitié ; en effet, le foie envoie une lame de son tissu, qui recouvre le kyste dans la plus grande partie de son étendue. La membrane interne du kyste est blanche, d'épaisseur variable ; par place, elle est molle, réduite en pulpe ; par place, elle est doublée par des pellicules jaunâtres qui sont des combinaisons d'iode et de matières albumineuses ; en un mot, le kyste paraît en pleine suppuration, et sa membrane interne en voie de destruction.

Le kyste renferme plus de trois litres de séro-

sité purulente ; de plus, il y a deux hydatides de la grosseur d'une noix, deux comme des oranges, et une dont le volume égale celui d'une tête d'un enfant de douze ans; cette dernière est si volumineuse, qu'on la prend pour la membrane interne du kyste; elle présente à sa face interne des saillies inégales. Toutes ces vésicules sont flasques, leur tissu se déchire très-facilement.

L'estomac est refoulé vers la partie inférieure de l'abdomen ; les deux poumons sont sains ; emphysème sous-pleural ; la cavité du péricarde est remplie de sérosité. Dans le voisinage du kyste, la dissection attentive m'a montré la présence du pus dans quelques ramifications des veines sus-hépatiques ; j'ai cherché vainement des communications entre ces veines et la surface interne du kyste.

Nous avons rapporté cette observation, parce que son titre pourrait donner à penser que les injections iodées ont contribué à la mort de cette malade; en la lisant attentivement, il est facile de se convaincre que personne ne pourra invoquer cette observation contre la ponction des injections iodées dans le traitement des kystes du foie. Nous ferons remarquer, à ce sujet, que la méthode que nous recommandons n'a pas été suivie rigoureusement. Ainsi on débute par plusieurs applications de pâte de Vienne; puis, trois semaines après, on plonge dans le kyste une aiguille à cataracte, et cette exploration est le point de départ de nombreux et graves accidents, qu'on cherche à conjurer en faisant une ponction; mais cette ponction est faite avec un trocart dont la canule est trop fine et ne permet pas l'écoulement au pus d'abord ni celui du liquide iodé qu'on a pu injecter; enfin la canule, qui avait été laissée à demeure, s'échappe du kyste, et l'on est obligé de pratiquer une nouvelle ponction, qui ne donne issue à aucun liquide, quoique le kyste contînt plus de trois litres de sérosité purulente ; puis la malade finit par succomber quelques jours après cette dernière opération, offrant tous les symptômes de l'intoxication iodique et de la résorption purulente.

Chez cette malade, l'application de la pâte de Vienne, faite dans le but d'établir des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale, a été tout à fait inutile, puisqu'au bout d'un mois on n'avait point obtenu ces adhérences qui, selon nous, eussent été bien plus rapidement obtenues par une sonde laissée à demeure, et on aurait aussi évité les graves dangers de l'épanchement du liquide dans la cavité péritonéale. Si, dans ce cas, au lieu d'une aiguille à cataracte, qui ne pouvait même pas servir d'instrument explorateur pour reconnaître le contenu du kyste, et qui peut-être, par sa forme et par ses mouvements, a été le point de départ de tous les accidents signalés par l'auteur de l'observation, on s'était servi d'un trocart explorateur, la nature du liquide eût été connue, et si l'on avait reconnu un liquide un peu louche, on aurait pu, à ce moment de la ponction exploratrice, prendre toutes les précautions qu'exige cette maladie, à savoir : pratiquer une ponction avec un gros trocart et une sonde à demeure, tandis qu'on s'est servi d'un trocart à canule trop fine pour donner issue au liquide du kyste et au liquide iodé injecté. Au lieu d'une longue sonde en gomme élastique, on laisse une canule qu'on ne peut maintenir et qui s'échappe du kyste, ce qui oblige à une nouvelle ponction inutile puisqu'elle ne pénètre pas dans le foyer purulent.

Toutes ces circonstances, il faut bien l'avouer, ont été des plus fâcheuses et des plus aggravantes pour le succès de l'opération ; aussi ne pourrait-on point l'invoquer comme un exemple d'insuccès des injections iodées dans le traitement des kystes du foie.

Les faits que nous venons de rapporter ne sont pas les seuls qui existent dans la science; depuis que nous avons appelé l'attention des praticiens sur ce nouveau traitement des tumeurs hydatiques du foie, plusieurs se sont empressés d'entrer dans cette voie et l'ont fait avec succès. La note suivante, qui nous a été adressée par M. Demarquay, offre trop d'interêt pour que nous la passions sous silence.

Depuis quatre ans, dit M. Demarquay, j'ai eu occasion de voir plusieurs tumeurs hydatiques du foie ayant acquis un volume considérable; la quantité du liquide contenu dans ce kyste chez quatre malades variait de 1500 à 1800 grammes; chez un cinquième, la quantité du liquide était de beaucoup moins considérable. Le diagnostic, dans tous les cas, a été facile; l'époque de l'apparition de ces tumeurs et leur cause ont toujours été impossibles à déterminer. Tous ces malades étaient adultes ou jeunes, de vingt à quarante-cinq ans. Chez quatre malades, la constitution était bonne et la santé excellente; chez le cinquième, la santé était profondément altérée; mais, après l'opération, l'état du ma-

lade s'est amélioré d'une manière notable. Deux malades ont été soumis aux injections iodées et ont guéri. L'un était un Anglais, que je n'ai point revu depuis trois ans, et l'autre une jeune femme, que j'ai revue ; elle était guérie, et de plus sa constitution s'était notablement améliorée ; les trois autres ont subi seulement des ponctions capillaires et ont également guéri.

Il y a huit ou neuf mois, un homme entre à la Maison de santé, dans le service de M. Monod. Ce malade, âgé d'environ quarante-cinq ans, a une énorme tumeur du foie, du volume d'une petite tête d'enfant ; elle était fluctuante. Un trocart explorateur, plongé au centre, donne issue à un demi-crachoir de liquide limpide, ne voulant pas vider entièrement la poche pour savoir quel en serait le retrait. Au bout de six jours, nouvelle ponction avec un trocart un peu plus gros, me proposant d'injecter de la teinture d'iode ; je fus fort étonné de ne voir sortir aucun liquide, alors que j'étais certain de n'avoir pas complétement vidé le kyste à la première ponction ; la face convexe du foie avait donc été traversée par le trocart, et cela à une assez grande profondeur. Il n'est survenu aucun phénomène fâcheux après cette opération, ni douleur ni réaction, et le malade est sorti guéri de la tumeur hydatique.

Cette observation n'en est pas moins intéressante ; elle prouve, dit M. Demarquay, qu'on peut impunément plonger un trocart dans le tissu du foie, puisque, chez ce malade, il n'y a eu ni douleur, ni fièvre, ni réaction aucune. Ce fait, rapproché d'un autre non moins curieux, dans lequel MM. Demarquay et Vigla firent une ponction dans la région hépatique, bien convaincus de rencontrer une collection liquide qui, en réalité, n'existait pas, démontre, suivant ces savants praticiens, le peu de réaction de ce viscère ; et, chose digne de remarque, c'est que le malade est sorti guéri par le fait de cette simple ponction. Dans ce moment, il existe à la Maison de santé, dans les services de MM. Monod et Vigla, plusieurs malades atteints de tumeurs hydatiques du foie traitées par les injections iodées, et qui sont en voie de guérison.

En résumé, les observations que nous venons de rapporter suggèrent plusieurs réflexions pratiques relatives soit aux procédés suivis, soit à la marche de la maladie.

D'abord elles établissent que de simples ponctions capillaires uniques ou successives, sans injection iodée, peuvent amener à elles seules la guérison radicale des kystes hydatiques du foie si le liquide est limpide ; elles prouvent encore qu'on peut, sans danger aucun, revenir aux ponctions capillaires aussi longtemps que le liquide est transparent ; et, que si quelquefois des accidents ont eu lieu à la suite de ces ponctions, c'est que toutes les précautions pour les éviter n'ont pas été prises. Elles nous apprennent ensuite que le liquide, qui était limpide à une première, deuxième, troisième ponction, peut devenir trouble, purulent, après les ponctions capillaires, et que ces changements observés dans le liquide des kystes sont une indication importante pour recourir immédiatement aux injections iodées ; qu'on peut dans ces cas essayer d'abord de faire une injection iodée, et la laisser dans le kyste de huit à dix minutes seulement : cette manière de faire a donné des guérisons. On pourrait, il est vrai, sans grand inconvénient, abandonner le liquide iodique dans le kyste ; mais cette pratique, quoique susceptible d'amener la guérison, peut faire naître certains phénomènes plus ou moins intenses d'ivresse iodique, qu'il est toujours bon d'éviter. Le meilleur moyen dans les kystes hydatifères purulents, renfermant des acéphalocystes mortes, et par conséquent voués à la récidive, est de faire la ponction avec un gros trocart et d'employer la sonde à demeure, suivant les règles que nous avons formulées pour vider le kyste, le laver, favoriser la sortie des acéphalocystes, et répéter les injections iodées.

Il reste donc démontré, par tous ces faits, que les ponctions faites soit avec un trocart capillaire, soit avec un gros trocart, remplacé par une sonde élastique, n'offrent aucun danger soit immédiat, soit consécutif, que des adhérences existent ou non entre la poche et les parois abdominales, et qu'on obtient encore assez souvent des guérisons là où l'art était considéré comme impuissant.

Paris. — Typographie de Firmin Didot frères, fils et Ce, rue Jacob, 56.